
Article 1.0 : Définitions

Les définitions ci-après décrivent **vos** droits et obligations aux termes de la présente **police**.

Les termes ou expressions en caractères gras sont définis dans la **police**. Veuillez **vous** y reporter lorsque **vous** la lisez.

Les termes **nous**, **notre** et **nos** désignent la Compagnie d'assurance vie RBC.

Les termes **vous**, **votre** et **vos** désignent le(les) titulaire(s) de la police nommé(s) au barème des garanties et des primes.

Acte criminel : toute infraction au Code criminel ou à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, que l'infraction soit commise au Canada ou ailleurs.

Âge à l'émission : l'âge de l'assuré à son anniversaire de naissance le plus proche de la **date d'effet**.

Âge atteint : l'âge de l'assuré à l'émission de la **police**, plus le nombre d'années écoulées depuis la **date d'effet**.

Anniversaire contractuel : l'anniversaire annuel de la **date d'effet** de la **police**.

Assuré : la personne, indiquée au barème des garanties et des primes, dont la santé est assurée aux termes de la **police**.

Blessure accidentelle : une lésion ou atteinte corporelle causée uniquement et directement par un événement soudain et imprévu sur lequel l'assuré n'a aucun contrôle et ce, pendant que la **police** est en vigueur.

Chirurgie : une intervention chirurgicale pratiquée par un **médecin** au Canada, aux États-Unis d'Amérique ou dans un autre pays sous réserve de **notre** approbation.

Date d'effet : la date indiquée au barème des garanties et des primes. L'assurance entre en vigueur à la **date d'effet** indiquée, sous réserve de l'article 4.0 Conditions générales.

Diagnostic ou **diagnostiqué(es)** : l'opinion formelle d'un **spécialiste**, établissant que l'assuré est atteint d'une **maladie grave** au sens de la **police**. Cette opinion doit être étayée par le dossier médical de l'assuré, notamment les examens cliniques, radiologiques, histologiques et de laboratoire et doit faire état de la date à laquelle la **maladie grave** au sens de la police a été établie pour la première fois de façon formelle par un **spécialiste**.

Indemnité de maladie grave : la somme assurée indiquée au barème des garanties et des primes. Elle n'est payable qu'une seule fois, à condition que l'assuré soit atteint d'une **maladie grave**, sous réserve des dispositions de la **police**.

Irréversible : désigne le fait qu'au moment où le **diagnostic** est posé, un traitement médical ou chirurgical n'apporterait pas une nette amélioration à l'état pathologique / aux limitations. Le traitement médical ou chirurgical ne doit pas être entrepris s'il est de nature expérimentale ou s'il fait courir à l'assuré un risque injustifié.

Maintenu artificiellement en vie : désigne le fait que l'**assuré** est maintenu en vie sous les soins réguliers d'un médecin agréé par des moyens de support nutritionnel, respiratoire ou cardiovasculaire après cessation **irréversible** de toutes les fonctions du cerveau.

Maladie grave : une maladie, un état pathologique ou un acte médical au sens de l'article 2.1 Maladies assurées de la **police**. Aucune indemnité n'est payable à l'égard d'une maladie, d'un état pathologique ou d'un acte médical qui n'est pas défini à l'article 2.1 Maladies assurées de la **police**.

Période de survie : désigne, lorsqu'une **maladie grave**, au sens de l'article 2.1 Maladies assurées, exige qu'un **diagnostic** soit posé, le nombre minimum de jours consécutifs suivant la date à laquelle le **diagnostic** est posé pour la première fois au terme desquels l'**assuré** doit être en vie pour que l'**indemnité de maladie grave** ou l'indemnité d'assistance immédiate soit payable. Lorsqu'une **maladie grave**, au sens de l'article 2.1 Maladie graves assurées exige un acte médical ou une **chirurgie**, **période de survie** désigne le nombre minimum de jours consécutifs suivant la date de l'acte médical ou de la **chirurgie** en question au terme desquels l'**assuré** doit être en vie pour que l'**indemnité de maladie grave** soit payable. La **période de survie** est de trente (30) jours pour toutes les maladies graves sauf s'il en est autrement stipulé dans la définition de la **maladie grave**. L'**indemnité de maladie grave** n'est ni payable ni acquise à l'**assuré** pendant la **période de survie**. La **période de survie** ne comprend pas le nombre de jours où l'**assuré** est **maintenu artificiellement en vie**.

Police : le contrat d'assurance par écrit, conclu entre **vous** et **nous**, faisant état de la protection dont bénéficie l'**assuré**. Sauf dispositions contraires, font également partie de la **police**, les modifications, garanties complémentaires et avenants établis et expressément annexés par **nous** aux présentes.

Prestataire : la ou les personnes appelées à recevoir l'**indemnité de maladie grave**. Le **prestataire** est l'**assuré** sauf si, avant que la **période de survie** ne s'écoule, **vous nous** fournissez une lettre par écrit dûment signée désignant un **prestataire** autre que l'**assuré**. Si le **prestataire** est considéré mineur dans son lieu de résidence, **nous vous** versons l'**indemnité de maladie grave**.

Se manifeste(nt) : première apparition ou observation par qui que ce soit d'un signe ou symptôme d'une **maladie grave**, que cette apparition ou observation se traduise ou non par une prise de conscience de l'existence d'une maladie ou d'un problème de santé ou qu'elle donne lieu ou non à ce moment-là à une consultation, une investigation, un **diagnostic** ou un traitement médical.

Spécialiste : médecin agréé possédant une formation dans le domaine précis de la médecine pertinent à la **maladie grave** assurée en raison de laquelle l'**indemnité de maladie grave** ou d'assistance immédiate est réclamée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un commission d'examens de spécialité au Canada, aux États-Unis d'Amérique ou dans un autre pays sous réserve de **notre** approbation. Le **spécialiste** ne peut être ni **vous** ni l'**assuré** ou un membre de la famille ou un associé de ces derniers. En cas d'absence ou de non disponibilité d'un **spécialiste**, et si **nous** l'approuvons, le **diagnostic** peut être posé par un médecin autorisé à exercer au Canada, aux États-Unis d'Amérique ou dans un autre pays, sous réserve de **notre** approbation.

Article 2.0 : Conditions particulières

Indemnité de maladie grave

Sous réserve des dispositions de la **police**, nous versons au prestataire l'**indemnité de maladie grave** si, après la **date d'effet** et pour autant que la **police** soit en vigueur :

1. un **diagnostic de maladie grave** est posé chez l'**assuré** (lorsque la **maladie grave** définie exige qu'un **diagnostic** soit posé) ou l'**assuré** subit une **chirurgie** (lorsque la **maladie grave** définie exige un acte médical ou une **chirurgie**) en raison d'une **maladie grave** au sens de l'article 2.1 Maladies assurées, à l'exclusion du **cancer du sein au stade précoce, du cancer de la prostate au stade précoce, du cancer de la peau au stade précoce** et de l'**angioplastie coronarienne** ; et
2. l'**assuré** est en vie au terme de la **période de survie** applicable à la **maladie grave** en question.

Si nous versons l'**indemnité de maladie grave**, nous remboursons également les primes acquittées durant la **période de survie**.

L'**indemnité de maladie grave** n'est versée qu'une seule fois, sans intérêt, peu importe le nombre de **maladies graves** dont l'**assuré** peut être atteint. L'**indemnité de maladie grave** est versée en règlement complet et définitif de toute réclamation en vertu de la **police** qui est alors résiliée avec tous ses avenants.

À l'**anniversaire contractuel** le plus proche de l'**âge atteint** de cent (100) ans de l'**assuré**, les primes de la **police** cessent d'être payables et l'**indemnité de maladie grave** est versée si une **maladie grave se manifeste**, sous réserve des dispositions précitées.

Indemnité d'assistance immédiate

Sous réserve des dispositions de la **police**, nous versons au prestataire dix pour cent (10 %) de l'**indemnité de maladie grave** (y compris toute majoration demandée au titre de l'avenant Augmentation systématique des prestations, si cet avenant a été souscrit et qu'il figure au barème des garanties et des primes) jusqu'à concurrence de cinquante mille dollars (50 000 \$), peu importe le nombre de **polices** que détient l'**assuré** auprès de nous, si, alors que la **police** est en vigueur :

1. un **diagnostic de cancer de la prostate au stade précoce, de cancer du sein au stade précoce, de cancer de la peau au stade précoce** est posé chez l'**assuré** ou l'**assuré** subit une **angioplastie coronarienne** et ce, au sens de l'article 2.1 Maladies assurées ; et
2. l'**assuré** est en vie au terme de la **période de survie** applicable à la **maladie grave** en question.

L'**indemnité d'assistance immédiate** n'est versée qu'une seule fois, sans intérêt, peu importe le nombre de **maladies graves** dont l'**assuré** peut être atteint. L'**indemnité d'assistance immédiate** ainsi versée ne vient pas en réduction de l'**indemnité de maladie grave** indiquée au barème des garanties et des primes. L'**indemnité d'assistance immédiate** est versée en règlement complet et définitif de toute réclamation en vertu de la présente clause.

Conditions de règlement

Avant de payer l'**indemnité de maladie grave** ou l'**indemnité d'assistance immédiate**, **nous** exigeons ce qui suit :

- le **diagnostic** (lorsque la **maladie grave** définie exige qu'un **diagnostic** soit posé) à l'égard de l'**assuré**, attesté par un **spécialiste** ;
- une attestation d'un **spécialiste** à l'effet que l'**assuré** a subi une **chirurgie** (lorsque la **maladie grave** définie exige un acte médical ou une **chirurgie**) en raison d'une **maladie grave** ;
- une preuve à l'effet que l'**assuré** est en vie au terme de la **période de survie** ;
- une preuve de la date de naissance de l'**assuré** ; et
- toute autre information raisonnable que **nous** pourrions demander pour évaluer la demande de règlement.

Ni l'**indemnité de maladie grave**, ni l'**indemnité d'assistance immédiate** ne sont payables si **nous** déterminons que le diagnostic est inexact.

SPÉCIMEN

Article 2.1 : Maladies assurées

L'expression **maladie grave** comprend uniquement les maladies, actes médicaux, états pathologiques ou **chirurgies** définis ci-après :

Accident cérébrovasculaire

Accident cérébrovasculaire est défini comme le **diagnostic** définitif d'un accident cérébrovasculaire aigu attribuable à une thrombose ou hémorragie intra-crânienne, ou à un embolisme de source extra-crânienne associé à :

- l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques ; et
- de nouveaux déficits neurologiques objectifs révélés à l'examen clinique,

persistant pendant au moins trente (30) jours suivant le **diagnostic**. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le **diagnostic** d'accident cérébrovasculaire doit être posé par un **spécialiste**.

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable pour :

- les accidents ischémiques transitoires (AIT) ;
- un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ; ou
- un infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'**accident cérébrovasculaire** décrite précédemment.

Angioplastie coronarienne

Angioplastie coronarienne est définie comme un acte médical visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

L'acte médical doit être reconnu comme nécessaire du point de vue médical par un **spécialiste**.

Brûlures graves

Brûlures graves sont définies comme le **diagnostic** définitif de brûlures au troisième degré sur au moins vingt pour cent (20 %) de la surface du corps.

Le **diagnostic** de **brûlures graves** doit être posé par un **spécialiste**.

Cancer

Cancer est défini comme le **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**.

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable dans le cas des 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 IV ou V de Clark) ;
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases ; ou
- un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Le versement de l'indemnité est assujéti aux dispositions de la clause Période moratoire d'exclusion pour cancer de l'article 3.0 Exclusions et limitations.

Cancer du sein au stade précoce

Cancer du sein au stade précoce désigne un carcinome canalaire *in situ* du sein confirmé par une biopsie et **diagnostiqué** par un **spécialiste**.

Cancer de la prostate au stade précoce

Cancer de la prostate au stade précoce désigne un cancer de la prostate au stade T1A ou T1B ou un stade équivalent, **diagnostiqué** par un **spécialiste**.

Cancer de la peau au stade précoce

Cancer de la peau au stade précoce désigne un mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure à 1,0 mm, confirmé par une biopsie et **diagnostiqué** par un **spécialiste**.

Cécité

Cécité est définie comme le **diagnostic** définitif de la perte complète et **irréversible** de la vision des deux yeux constatée par :

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

Le **diagnostic** de **cécité** doit être posé par un **médecin spécialiste**.

Chirurgie de l'aorte

Chirurgie de l'aorte est définie comme une **chirurgie** pour remédier à une anomalie de l'aorte nécessitant son excision et son remplacement par un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

La **chirurgie** doit être reconnue nécessaire du point de vue médical par un **spécialiste**.

Coma

Coma est défini comme le **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 quatre-vingt seize (96) heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant cette période.

Le **diagnostic** de **coma** doit être posé par un **spécialiste**.

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable pour :

- un coma provoqué médicalement ;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue ; ou
- un **diagnostic** de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Crise cardiaque est définie comme le **diagnostic** définitif de la nécrose 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 du myocarde, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque ;
- de nouveaux changements électrocardiographiques (ECG) compatibles avec une crise cardiaque ; ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans pour autant s'y limiter, une angiographie coronarienne et une **angioplastie coronarienne**.

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

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable pour :

- une élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans pour autant s'y limiter, une angiographie coronarienne et une **angioplastie coronarienne** en l'absence de nouvelles ondes Q ; ou
- des changements du tracé électrocardiographique suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne répond pas aux conditions de la définition de **crise cardiaque** décrite précédemment.

Greffe d'organe vital

Greffe d'organe vital est définie comme le **diagnostic** définitif d'insuffisance **irréversible** du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, en raison de laquelle une greffe est nécessaire du point de vue médical.

Pour répondre aux conditions de la définition de **greffe d'organe vital**, l'**assuré** doit subir, à titre de receveur, une greffe du cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein ou de la moelle osseuse, toute autre greffe étant exclue.

Le **diagnostic** d'insuffisance d'organe vital doit être posé par un **spécialiste**.

Infection au VIH d'origine professionnelle

Infection au VIH d'origine professionnelle est définie comme le **diagnostic** définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) contractée par l'**assuré**, par suite d'une **blessure accidentelle** pendant l'exercice de sa profession habituelle, et qui a exposé celui-ci à du liquide organique contaminé par le VIH. La **blessure accidentelle** à l'origine de l'infection doit survenir après la **date d'effet** ou la date de la dernière remise en vigueur de la **police**.

L'indemnité n'est payable que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- la **blessure accidentelle** doit nous être signalée dans un délai de quatorze (14) jours ;
- un test de dépistage du VIH est effectué dans les quatorze (14) jours suivant la **blessure accidentelle** et le résultat est négatif ;
- un deuxième test de dépistage du VIH est effectué entre le quatre-vingt dixième (90e) et le cent quatre-vingtième (180e) jour suivant la **blessure accidentelle** et le résultat est positif ;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis d'Amérique ; et
- la **blessure accidentelle** doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices sur le milieu de travail en vigueur au Canada et aux États-Unis d'Amérique.

Le **diagnostic** d'infection au VIH d'origine professionnelle doit être posé par un **spécialiste**.

Exclusions : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable pour une **infection au VIH d'origine professionnelle** si :

- l'**assuré** a refusé d'utiliser un vaccin, disponible et approuvé, offrant une protection contre le VIH ; ou
- un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la **blessure accidentelle** ;
- l'infection au VIH est attribuable à une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, à la transmission du virus par voie sexuelle ou par l'usage de drogues intraveineuses.

Insuffisance d'organe vital en attente de greffe

Insuffisance d'organe vital en attente de greffe est définie comme le **diagnostic** définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, en raison de laquelle une greffe est nécessaire du point de vue médical.

Pour répondre aux conditions de la définition d'**insuffisance d'organe vital en attente de greffe**, l'assuré doit s'inscrire à titre de receveur dans un centre de greffe reconnu, au Canada ou aux États-Unis d'Amérique, qui effectue le type de greffe nécessaire. Aux fins de la **période de survie**, la date du **diagnostic** est la date d'inscription de l'assuré au centre de greffe.

Le **diagnostic** d'insuffisance d'organe vital doit être posé par un **spécialiste**.

Insuffisance rénale

Insuffisance rénale est définie comme le **diagnostic** définitif de défaillance chronique irréversible du fonctionnement des reins, nécessitant 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**.

Maladie d'Alzheimer

Maladie d'Alzheimer est définie comme le **diagnostic** définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. L'assuré 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**.

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable au titre de la **maladie d'Alzheimer** pour tout autre trouble organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

Maladie de Parkinson

Maladie de Parkinson est définie comme le **diagnostic** définitif de maladie de parkinson sous sa forme idiopathique primaire, se manifestant cliniquement par au moins deux (2) des signes suivants :

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

L'assuré nécessite une aide physique importante de la part d'un autre adulte pour effectuer au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne suivantes.

Les activités de la vie quotidienne :

- se laver – la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- se vêtir – la capacité de mettre ou d'enlever les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, membres artificiels ou autres appareils prothétiques.
- utiliser les toilettes – la capacité d'aller aux toilettes, de s'asseoir et de se lever des toilettes tout en maintenant un niveau adéquat d'hygiène personnelle.
- contrôler les intestins et la vessie – la capacité de contrôler les fonctions urinaires et fécales, avec ou sans l'usage de sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à maintenir un niveau d'hygiène raisonnable.
- se mouvoir – la capacité d'entrer ou de se lever du lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- se nourrir – la capacité de consommer des aliments ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

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

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable pour toute autre forme de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone

Maladie du motoneurone est définie comme le **diagnostic** de l'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ;
- sclérose latérale primitive ;
- amyotrophie spinale progressive ;
- paralysie bulbaire progressive ; ou
- paralysie pseudo-bulbaire progressive ;

toute autre maladie étant exclue.

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

Paralysie

Paralysie est définie comme le **diagnostic** définitif de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux (2) membres en raison d'une **blessure accidentelle** ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins quatre-vingt dix (90) jours suivant l'événement déclencheur.

Le **diagnostic** de paralysie doit être posé par un **spécialiste**.

Perte d'autonomie est définie comme un **diagnostic** définitif de :

- l'incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne (AVQ) ; ou
- déficience cognitive telle que définie ci-après ;

pendant une période continue de plus de quatre-vingt dix (90) jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Le **diagnostic** de **perte d'autonomie** doit être posé par un **spécialiste** avant l'**anniversaire contractuel** auquel l'**âge atteint** de l'**assuré** est de soixante-quinze (75) ans.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver – la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- se vêtir – la capacité de mettre ou d'enlever les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, membres artificiels ou autres appareils prothétiques.
- utiliser les toilettes – la capacité d'aller aux toilettes, de s'asseoir et de se lever des toilettes tout en maintenant un niveau adéquat d'hygiène personnelle.
- contrôler les intestins et la vessie – la capacité de contrôler les fonctions urinaires et fécales, avec ou sans l'usage de sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à maintenir un niveau d'hygiène raisonnable.
- se mouvoir – la capacité d'entrer ou de se lever du lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- se nourrir – la capacité de consommer des aliments ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive est définie comme une détérioration des fonctions mentales et la perte des capacités intellectuelles, constatées par la détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté à raisonner, lesquelles sont mesurables et attribuables à une cause organique objective **diagnostiquée** par un **spécialiste**. La nature de la déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance pendant au moins huit (8) heures par jour.

L'établissement d'une déficience cognitive doit être fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides de la déficience en question.

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable dans le cas d'une **perte d'autonomie** attribuable à un trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole

Perte de la parole est définie comme le **diagnostic** de la perte totale et **irréversible** de l'usage de la parole par suite d'une **blessure accidentelle** ou d'une maladie. La perte doit persister pour une période ininterrompue d'au moins cent quatre-vingts (180) jours.

Le **diagnostic** de **perte de la parole** doit être posé par un **spécialiste**.

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable si la **perte de parole** est attribuable à des causes psychiatriques.

Perte de membres

Perte de membres est définie comme le **diagnostic** définitif de l'amputation totale d'au moins deux membres au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, par suite d'une **blessure accidentelle** ou d'une amputation nécessaire du point de vue médical.

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

Pontage aortocoronarien

Pontage aortocoronarien est défini comme une intervention chirurgicale du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires par greffe. 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.

La **chirurgie** doit être reconnue nécessaire du point de vue médical par un **spécialiste**.

Remplacement valvulaire

Remplacement valvulaire est défini comme étant une **chirurgie** destinée à remplacer une valve cardiaque par une valve naturelle ou mécanique.

La **chirurgie** doit être reconnue nécessaire du point de vue médical par un **spécialiste**.

Exclusion : Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable pour la réparation d'une valve cardiaque.

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques est définie comme le **diagnostic** définitif d'au moins une (1) des affections suivantes :

- deux épisodes ou plus distincts, confirmés par imagerie de résonance magnétique (IRM) du système nerveux, démontrant des lésions multiples de démyélinisation ;
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pendant une période continue d'au moins six mois, confirmées par une IRM du système nerveux, démontrant des lésions multiples de démyélinisation ; ou
- un seul épisode, confirmé à plusieurs reprises par des IRM du système nerveux, démontrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

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

Surdité

Surdité est définie comme le **diagnostic** définitif de la perte totale et **irréversible** de l'ou ie des deux oreilles, constatée par un seuil d'acuité 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**.

Tumeur cérébrale bénigne

Tumeur cérébrale bénigne est définie comme le **diagnostic** définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du c r ne 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 document s et **irréversibles**.

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

Exclusion : Aucune **indemniti  de maladie grave** n'est payable pour une **tumeur cérébrale bénigne** dans les cas de microad nomes pituitaires de moins de dix (10) millimètres.

Le versement de l'indemniti  est assujetti aux dispositions de la clause Période moratoire d'exclusion pour tumeur cérébrale bénigne de l'article 3.0 Exclusions et limitations.

Article 2.2 : Maladie grave à l'étranger

Si le **diagnostic de maladie grave** est posé à l'étranger ou si l'**assuré** subit une **chirurgie** pour une **maladie grave** à l'étranger, l'**indemnité de maladie grave** n'est versée que si l'**assuré** remplit les conditions ci-après, en plus de satisfaire aux autres conditions énoncées dans la présente **police** :

- le dossier médical de l'**assuré** est mis à **notre** disposition ; et
- compte tenu de ce dossier médical, **nous** jugeons à notre satisfaction :
 - que le même **diagnostic** aurait été posé au Canada si la **maladie grave** s'était déclarée ou si la **blessure accidentelle** était survenue au Canada ;
 - qu'un traitement immédiat aurait été nécessaire selon les normes de la médecine au Canada ;
 - le même traitement, dont l'intervention chirurgicale pertinente, aurait été recommandé au Canada ; et
- l'**assuré** subit une expertise médicale par un médecin nommé par **nous**, si **nous** le jugeons nécessaire. Dans le cas d'une **chirurgie** élective, l'expertise doit avoir lieu avant l'acte médical.

SPÉCIMEN

Article 2.3 : Option de transformation en assurance soins de longue durée

Cette **police** peut être transformée, sans preuve d'assurabilité, en une **police** d'assurance soins longue durée offerte par **nous** à cet effet, aux conditions suivantes :

- **nous** recevons **vosre** demande de transformation par écrit au plus tôt à l'**anniversaire contractuel** auquel l'**âge atteint** de l'**assuré** est de cinquante-cinq (55) ans et au plus tard à l'**anniversaire contractuel** auquel l'**âge atteint** de l'**assuré** est de soixante-cinq (65) ans ;
- cette **police** est en vigueur depuis au moins deux (2) ans au moment où **vous** faites la demande de transformation ;
- cette **police** est en vigueur au moment où **vous** faites la demande de transformation ;
- vous ne bénéficiez pas d'une exonération des primes de cette **police** conformément à une garantie d'exonération des primes indiquée au barème des garanties et des primes ou dans une modification apportée à la **police** ;
- la **période de survie** exigée à l'égard de l'**assuré** atteint d'une **maladie grave** n'a pas débuté au moment où vous présentez votre demande de transformation ;
- l'**indemnité de maladie grave** n'est pas payable et aucune demande de règlement à cet effet n'est en cours d'étude au moment de la demande de transformation ;
- l'**assuré** n'est pas dans l'incapacité d'accomplir au moins deux (2) activités de la vie quotidienne au moment où **vous** faites la demande de transformation ; et
- l'**assuré** n'est pas atteint d'une déficience cognitive au moment où **vous** faites la demande de transformation.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver – la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- se vêtir – la capacité de mettre ou d'enlever les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, membres artificiels ou autres appareils prothétiques.
- utiliser les toilettes – la capacité d'aller aux toilettes, de s'asseoir et de se lever des toilettes tout en maintenant un niveau adéquat d'hygiène personnelle.
- contrôler les intestins et la vessie – la capacité de contrôler les fonctions urinaires et fécales, avec ou sans l'usage de sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à maintenir un niveau d'hygiène raisonnable.
- se mouvoir – la capacité d'entrer ou de se lever du lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- se nourrir – la capacité de consommer des aliments ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive est définie comme une détérioration des fonctions mentales et la perte des capacités intellectuelles, constatées par la détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté à raisonner, lesquelles sont mesurables et attribuables à une cause organique objective **diagnostiquée par un spécialiste**. La nature de la déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance pendant au moins huit (8) heures par jour.

L'établissement d'une déficience cognitive doit être fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides de la déficience en question.

La déficience cognitive liée à une cause psychiatrique est spécifiquement exclue.

Transformation partielle

Vous pouvez transformer la totalité de l'**indemnité de maladie grave** ou une partie seulement si **nous** y consentons. Toute partie de la garantie d'**indemnité de maladie grave** qui ne fait pas l'objet de la transformation peut être maintenue en vigueur seulement si le montant correspondant de la prime et le montant de l'indemnité sont conformes à **nos** règles administratives pour ce type de contrat. Les taux de primes applicables à la partie restante de l'**indemnité de maladie grave** peuvent également changer, à **notre** gré, compte tenu de **nos** règles administratives pour ce type de contrat. D'autre part, cette **police** et toute partie de l'**indemnité de maladie grave** ne faisant pas l'objet de la transformation seront alors nuls et sans effet à compter de la **date d'effet** de la transformation.

En cas de transformation partielle, l'indemnité de soins de longue durée maximale offerte correspondra au montant de l'**indemnité de maladie grave** faisant l'objet de la transformation. Vous pouvez continuer à vous prévaloir de transformations partielles jusqu'à ce que le montant maximal de l'indemnité de soins de longue durée, en fonction du montant d'origine de l'**indemnité de maladie grave** avant toute transformation, ait été exercé.

Indemnité de soins de longue durée offerte

L'indemnité de soins de longue durée offerte dépend de **nos** limites de souscription et de participation et de l'**indemnité de maladie grave** en vigueur au moment de la transformation selon le tableau ci-après. Quel que soit le nombre de **polices** que détient l'**assuré** auprès de **nous**, l'indemnité maximale totale de soins de longue durée offerte par le biais de la transformation de tout type de police d'assurance couvrant l'**assuré** ne dépassera pas deux cents dollars (200 \$) par jour, ou le montant équivalent par mois.

Montant d'assurance maladies graves en vigueur au moment de la transformation	Indemnité maximale de soins de longue durée offerte
Entre 25 000 \$ et 99 000 \$	110 \$ par jour (ou le montant équivalent par mois)
Entre 100 000 \$ et 249 000 \$	150 \$ par jour (ou le montant équivalent par mois)
Entre 250 000 \$ et 2 000 000 \$	200 \$ par jour (ou le montant équivalent par mois)

Police transformée

À la suite de la transformation en une **police** d'assurance soins de longue durée :

- toute preuve de bonne santé et d'assurabilité présentée pour souscrire ou pour remettre en vigueur cette **police** d'assurance maladies graves sera prise en ligne de compte et fera partie intégrante de la nouvelle **police** d'assurance soins de longue durée ;
- la **date d'effet** de la nouvelle **police** d'assurance soins de longue durée sera l'**anniversaire contractuel** mensuel suivant la date à laquelle **nous** aurons reçu **votre** demande de transformation à **nos** bureaux ; et
- la **prime** de la nouvelle **police** d'assurance soins de longue durée sera calculée d'après **nos** taux en vigueur au moment de la transformation et selon l'**âge atteint de l'assuré** à la date à laquelle **nous** recevons à **nos** bureaux **votre** demande de transformation.

Article 3.0 : Exclusions et limitations

Exclusions générales

Les exclusions ci-après s'ajoutent aux exclusions particulières énoncées dans les définitions des **maladies graves** de l'article 2.1 Maladies assurées.

Aucune indemnité prévue par la **police** (et les avenants et garanties complémentaires) n'est versée et aucune prime n'est remboursée en raison d'une **maladie grave**, d'un décès ou d'un sinistre attribuable directement ou indirectement aux causes suivantes :

- a) suicide ou tentative de suicide de l'**assuré** ou blessure que l'**assuré** s'inflige intentionnellement, qu'il soit ou non en possession de ses facultés mentales ;
- b) usage ou prise de drogues par l'**assuré**, de substances intoxicantes, de stupéfiants ou de substances toxiques, sauf s'ils sont prescrits par un médecin ou selon les instructions du fabricant dans le cas d'un médicament en vente libre ;
- c) tentative de perpétration ou perpétration d'un **acte criminel** par l'**assuré**, qu'il en soit inculpé ou non ;
- d) participation de l'**assuré** à une guerre, déclarée ou non, acte d'hostilité des forces armées d'un pays quelconque, insurrection ou émeute ; ou
- e) usage ou conduite par l'**assuré** d'un moyen de transport, terrestre, maritime, fluvial ou aérien mû par un autre moyen que la force musculaire, lorsque son taux d'alcoolémie dépasse quatre-vingts (80) milligrammes d'alcool par cent (100) millilitres de sang ou lorsqu'il est sous l'influence d'une drogue, d'une substance intoxicante, d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, sauf s'ils sont prescrits par un médecin ou selon les instructions du fabricant dans le cas d'un médicament en vente libre.

Aucune indemnité en vertu de la **police** (et de ses garanties complémentaires et avenants) n'est versée et aucune prime n'est remboursée en raison d'une **maladie grave**, d'un décès ou d'un sinistre attribuable directement ou indirectement à un état de santé spécifiquement exclu dans un avenant ou une modification à la **police**.

L'**indemnité de maladie grave** n'est payable que si l'**assuré** est en vie à l'expiration de la **période de survie**.

Période moratoire d'exclusion pour cancer

Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable si dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la **date d'effet** de la **police**, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de la **police**,

l'assuré :

- présente des signes, des symptômes ou fait l'objet d'investigations menant à un **diagnostic** de cancer (couvert ou exclu par la **police**), quelle que soit la date du **diagnostic** ; ou
- fait l'objet d'un **diagnostic** de cancer (couvert ou exclu par la **police**).

Par la suite, le **cancer, cancer du sein au stade précoce, cancer de la prostate au stade précoce** ou **cancer de la peau au stade précoce** en question n'est pas considéré comme une **maladie grave** au sens de l'article 2.1 Maladies assurées et aucune indemnité n'est payable, ni aucune prime n'est remboursée aux termes de la **police**, si l'**assuré** est atteint d'une **maladie grave** ou meurt des suites directes ou indirectes d'une forme quelconque de cancer, y compris le **cancer, cancer du sein au stade précoce, cancer de la prostate au stade précoce** ou **cancer de la peau au stade précoce** (qu'il soit couvert ou exclu par la **police**).

Cette information médicale doit **nous** être communiquée dans les six (6) mois suivant la date du **diagnostic**. Si cette information ne **nous** est pas communiquée, **nous** avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute **maladie grave** causée par un cancer ou par son traitement.

Période moratoire d'exclusion pour tumeur cérébrale bénigne

Aucune **indemnité de maladie grave** n'est payable si dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la **date d'effet** de la **police**, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de la **police**,

l'assuré :

- présente des signes, des symptômes ou fait l'objet d'investigations menant à un **diagnostic de tumeur cérébrale bénigne**, quelle que soit la date du **diagnostic** ; ou
- fait l'objet d'un **diagnostic de tumeur cérébrale bénigne**.

Par la suite, la **tumeur cérébrale bénigne** en question n'est pas considérée comme une **maladie grave** au sens de l'article 2.1 Maladies assurées et aucune indemnité n'est payable, ni aucune prime n'est remboursée aux termes de la **police**, si l'assuré est atteint d'une **maladie grave** ou meurt des suites directes ou indirectes d'une forme quelconque de **tumeur cérébrale bénigne**.

Cette information médicale doit **nous** être communiquée dans les six (6) mois suivant la date du **diagnostic**. Si cette information ne **nous** est pas communiquée, **nous** avons le droit de refuser toute demande de règlement pour une **tumeur cérébrale bénigne** ou pour toute **maladie grave** causée par une **tumeur cérébrale bénigne** ou par son traitement.

Article 4.0 : Conditions générales

Prise d'effet de l'assurance

La **date d'effet** de la **police** est indiquée au barème des garanties et des primes. L'assurance aux termes de la **police** entre en vigueur à la **date d'effet** seulement si et lorsque :

- nous **vous** remettons la **police** ; et
- toutes les conditions exigées pour **vous** remettre la **police** sont remplies ; et
- aucun changement en ce qui concerne l'assurabilité de l'**assuré** ne s'est produit entre la date de la proposition d'assurance et la date de la remise de la **police** ainsi que la date à laquelle toutes les conditions exigées pour **vous** remettre la **police** ont été remplies.

Incontestabilité

Nous avons le droit de contester la validité de la **police** ou le paiement de l'**indemnité de maladie grave** ou de toute autre garantie prévue par la **police** si **vous** ou l'**assuré** au titre de la **police** avez fait une déclaration inexacte ou avez passé sous silence un fait essentiel dans la proposition d'assurance ou lors d'un examen médical ou dans les déclarations ou réponses écrites ou électroniques fournies comme preuve d'assurabilité.

Par fait essentiel, il faut entendre un fait qui aurait pu **nous** faire changer la décision d'établir la **police** ou les conditions en vertu desquelles **nous** l'aurions établie. Ces conditions peuvent comprendre notamment le paiement d'une prime additionnelle, la réduction du montant d'assurance demandé ou une exclusion de couverture pour une **maladie grave** ou un décès causé par un risque ou état pathologique spécifié.

Sauf en cas de fraude, **nous** ne pouvons pas contester la validité de la **police** en raison d'une déclaration inexacte ou réticence après qu'elle aura été en vigueur, du vivant de l'**assuré**, pendant deux (2) ans à compter de la **date d'effet** ou la date de sa dernière remise en vigueur. Toutefois, si une **maladie grave** est **diagnostiquée** chez l'**assuré** avant que la **police** n'ait été en vigueur pendant deux ans du vivant de l'**assuré** depuis la **date d'effet** ou la date de la dernière remise en vigueur, **nous** sommes habilités à contester la **police**, que la déclaration inexacte ou la réticence soit frauduleuse ou non.

En cas d'indication de fraude, **nous** pouvons déclarer la **police** nulle et sans effet à tout moment. Le terme fraude s'entend entre autres de la présentation fallacieuse des mœurs tabagiques de l'**assuré**. Si la **police** est déclarée nulle pour cause de fraude, **nous** ne remboursons pas les primes payées.

Conformité avec les lois provinciales

Si une disposition de la **police** est, à sa **date d'effet**, contraire aux lois de la province où l'**assuré** réside au moment de la signature de la proposition, elle est modifiée d'office pour qu'elle soit conforme aux exigences minimales des lois en question.

Déclaration inexacte de l'âge ou du sexe

Si la date de naissance ou le sexe de l'**assuré** figurant dans la proposition d'assurance ayant servi de base à la **police** est erroné, les indemnités payables en vertu de la **police** sont diminuées au montant d'assurance que la prime payée aurait procuré selon l'âge ou le sexe réel de l'**assuré**. Si tel est le cas, les dates du barème des garanties et des primes établies selon l'âge erroné sont modifiées pour correspondre à la date de naissance réelle.

Titulaire

Le titulaire de la **police** peut se prévaloir de tous les droits et privilèges conférés par la **police**. Il peut nommer un nouveau titulaire ou un titulaire en sous-ordre à toute époque au moyen d'une demande par écrit à cet effet. Cette demande n'entre en vigueur que lorsqu'elle est enregistrée à **nos** bureaux. Le changement de titulaire est assujéti à tout paiement ou toute démarche de **notre** part avant l'enregistrement de la demande.

Police sans participation

La **police** n'ouvre pas droit aux bénéfices que **nous** répartissons.

Cession

Nous ne sommes liés par une cession de la **police** ou d'un intérêt dans celle-ci que si elle est enregistrée à **nos** bureaux. **Nous** ne sommes pas responsables des conséquences légales ou de la validité d'une cession.

Résiliation de l'assurance

La **police** est résiliée :

- a) lorsqu'une prime demeure impayée à l'expiration du délai de grâce ;
- b) lorsque **nous** recevons par écrit à **nos** bureaux **vos** avis par écrit de résiliation de la **police** ;
- c) lorsqu'elle est transformée en une **police** d'assurance soins de longue durée, sous réserve des dispositions de l'option de transformation en assurance soins de longue durée ;
- d) au décès de l'**assuré** ; ou
- e) lorsque l'**indemnité de maladie grave** prévue par la **police** est versée.

Article 5.0 : Dispositions visant les primes

Primes

La prime indiquée au barème des garanties et des primes ou dans les avenants, garanties complémentaires ou modifications annexés ultérieurement à la **police** est payable lorsque **nous vous** remettons la **police**. Les primes suivantes sont payables conformément au barème des garanties et des primes. Si un chèque ou un autre moyen de paiement n'est pas honoré, la prime demeure impayée.

Les primes cessent d'être payables lorsque la **police** est résiliée.

Mode de paiement des primes

Les primes **nous** sont payables comme suit, sauf si **nous vous** autorisons par écrit de les acquitter autrement :

- mensuellement, annuellement ou semestriellement par prélèvement automatique sur le compte bancaire ; ou
- annuellement ou semestriellement par chèque.

Monnaie

Tout paiement aux termes de la **police** doit être effectué en dollars canadiens.

Délai de grâce

Nous vous accordons un délai de grâce de trente et un (31) jours pour acquitter chaque prime de renouvellement. Pendant ce temps, la **police** demeure en vigueur, sauf si **nous** recevons à **nos** bureaux un avis de résiliation par écrit. Si, à l'expiration du délai de grâce, la prime n'a pas encore été acquittée, la **police** tombe en déchéance.

Remise en vigueur

Si la **police** tombe en déchéance en raison du non-paiement d'une prime avant l'expiration du délai de grâce et que **vous** l'acquitez par la suite intégralement dans un délai de soixante (60) jours à compter de sa date d'échéance, **nous** remettons la **police** en vigueur sans que vous ayez besoin de fournir une justification d'assurabilité. Toutefois, la disposition précitée ne s'applique pas si la **police** est résiliée par suite d'un avis de résiliation de **votre** part.

Si le montant de la prime impayée est reçu plus de soixante (60) jours après sa date d'échéance, la **police** est remise en vigueur si :

1. **nous** recevons une preuve établissant que l'**assuré** est assurable conformément à **nos** normes de sélection des risques ;
2. **nous** recevons le paiement de toutes les primes en souffrance ; et
3. **nous** approuvons la demande de remise en vigueur.

Si ces conditions sont remplies, la **police** est remise en vigueur et **nous vous** faisons parvenir un avis à cet effet indiquant la date de remise en vigueur et, s'il y a lieu, les conditions, restrictions et autres dispositions de la remise en vigueur.

Toute garantie complémentaire annexée à la **police** est également remise en vigueur, sous réserve des dispositions de la garantie en question et de l'avis de remise en vigueur.

Si **nous** ne recevons pas une demande de remise en vigueur dûment remplie ou si **nous** n'approuvons pas **votre** demande de remise en vigueur, **notre** engagement en ce qui concerne la prime payée en retard se limite au remboursement de cette prime. Si la **police**, y compris ses garanties complémentaires, est remise en vigueur, elle ne couvrira une **maladie grave** donnée que si les signes, symptômes ou troubles de cette maladie **se manifestent** pour la première fois plus de dix (10) jours après la date de remise en vigueur, sauf dans le cas du **cancer, cancer du sein au stade précoce, cancer de la prostate au stade précoce ou cancer de la peau au stade précoce**. Ces **maladies graves** ne seront assurées que si les signes, symptômes ou troubles de ces maladies **se manifestent** pour la première fois plus de quatre-vingt dix (90) jours après la date de remise en vigueur. À tout autre égard, les droits conférés par la **police** resteront les mêmes, sous réserve de toute autre disposition jointe à la **police** remise en vigueur.

La **police** n'est pas remise en vigueur plus de cent quatre-vingts (180) jours après la date à laquelle la prime est exigible.

Article 6.0 : Conditions statutaires

Documents constitutifs du contrat

Font partie intégrante et constitutive du contrat, la proposition d'assurance, la **police**, tout document attaché à la police à sa **date d'effet** ainsi que toutes les modifications que **nous** avons convenu d'y apporter par écrit. **Nous** ne sommes pas liés par une déclaration qui ne fait pas partie du contrat. Seuls **nos** dirigeants dûment autorisés peuvent apporter des modifications à la **police** et ce, par écrit seulement. Aucun représentant n'est autorisé à apporter des changements à la **police** ou à déroger à l'une de ses dispositions.

Renonciation

Nous sommes présumés ne pas avoir renoncé à une condition ou partie d'une condition du contrat à moins que cette renonciation n'ait été expressément établie par écrit et signée par **nous**.

Copie de la proposition

Nous fournissons une copie de la proposition à l'**assuré** ou à tout ayant droit aux termes du contrat s'il en fait la demande.

Faits essentiels

Aucune déclaration faite par l'**assuré** lors de la signature de la proposition ne peut être invoquée pour contester une demande de règlement au titre du contrat ou pour se soustraire aux conditions de ce dernier, sauf si elle figure dans la proposition ou dans une déclaration ou réponse fournie par écrit ou sous forme électronique comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre

Vous ou l'**assuré** ou leur mandataire devez :

1. donner l'avis de sinistre par écrit et le faire parvenir par messagerie ou courrier recommandé à l'adresse de **notre** siège social ou agence principale dans **votre** province dans un délai de trente (30) jours de la survenance du sinistre découlant d'une **blesure accidentelle**, d'une affection ou d'une **maladie grave** garanti par le contrat ; et
2. dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la survenance du sinistre découlant d'une **blesure accidentelle**, d'une affection ou d'une **maladie grave** garanti par le contrat, **nous** faire parvenir toute preuve raisonnable du sinistre indiquant les circonstances du sinistre ou la date de la **blesure accidentelle** ou du début de l'affection ou de la **maladie grave**, la perte en résultant occasionnée par le sinistre, une justification de l'ayant droit au règlement, son âge et, s'il y a lieu, l'âge du **prestataire** ; et
3. sur demande de **notre** part, une attestation indiquant la cause ou la nature de la **blesure accidentelle**, de l'affection ou de la **maladie grave** donnant lieu à la demande de règlement aux termes du contrat.

Défaut de donner l'avis ou la preuve de sinistre

Si l'avis ou la preuve de sinistre n'est pas donné dans les délais prescrits aux présentes conditions statutaires et s'il est établi qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire dans ces délais, le droit à indemnisation demeure ouvert, à condition que l'avis ou la preuve de sinistre en question soit donné au plus tard un (1) an après la date de la **blessure accidentelle** ou du début de l'affection ou de la **maladie grave** garanti par le contrat.

Formulaires de preuve de sinistre

Nous fournissons les formulaires pour soumettre la preuve de sinistre dans un délai de quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Si **vous ne recevez pas les formulaires dans ce délai**, vous pouvez nous présenter une déclaration par écrit indiquant la cause ou la nature de la **blessure accidentelle**, de l'affection ou de la **maladie grave** à l'origine de la demande de règlement ainsi que l'étendue du sinistre.

Droit d'examen

Comme condition préalable au règlement des sommes assurées prévues par la **police** :

1. l'**assuré** doit se prêter à tout examen médical que **nous** pourrions raisonnablement exiger tant que la demande de règlement est à l'étude ; et
2. en cas de décès de l'**assuré**, **nous** pouvons demander qu'une autopsie soit pratiquée, sous réserve des dispositions de la loi en matière d'autopsie de la compétence pertinente.

Règlement des sommes dues

Nous versons les sommes dues au titre de la **police** dans un délai de soixante (60) jours de la date de réception de la preuve de sinistre.

Prescription

Les actions ou poursuites intentées contre **nous** en recouvrement des sommes prévues par le présent contrat sont prescrites par un an (1) (trois (3) ans dans la province de Québec) à compter de la date où les sommes en question sont payables ou auraient été payables si la demande de règlement avait été valable.