

Soins Vie

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.

1. Table des matières

1. Table des matières	1.1
2. Comprendre votre contrat.....	2.1
2.1 Changement d'adresse	2.1
2.2 Terminologie utilisée dans le présent contrat.....	2.1
2.3 Fonctionnement de votre contrat.....	2.1
3. Sommaire du contrat.....	3.1
4. Prestations SoinsVie	4.1
4.1 Définition de la prestation pour soins	4.1
4.2 Comment nous établissons qu'un assuré est fonctionnellement dépendant.....	4.1
4.3 Quand un assuré est-il considéré comme fonctionnellement dépendant?	4.2
4.4 Définition de la période d'attente.....	4.4
4.5 Comment nous déterminons le montant de la prestation pour soins.....	4.6
4.6 Définition du solde de la prestation	4.8
4.7 Définition des services de soutien.....	4.9
5. Gestion de votre contrat.....	5.1
5.1 Paiement des primes.....	5.1
5.2 Garantie d'exonération des primes durant une période de règlement	5.2
5.3 Délai de grâce	5.2
5.4 Remise en vigueur de votre contrat.....	5.3
5.5 Fin de votre couverture	5.3
5.6 Fin de votre contrat	5.3
5.7 Décès de l'assuré.....	5.4
5.8 Modification de vos couvertures.....	5.4
5.9 Transfert de la propriété de votre contrat.....	5.5
5.10 Cession du contrat en garantie d'un emprunt.....	5.5
5.11 Fractionnement du contrat	5.5
5.12 Notre droit de contestation du contrat.....	5.6
5.13 Déclaration erronée de l'âge et du sexe	5.7
5.14 Monnaie	5.8
5.15 Nature du contrat SoinsVie	5.8
6. Exclusions et restrictions	6.1

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

7. Conditions statutaires	7.1
7.1 Le contrat	7.1
7.2 Faits déterminants	7.1
7.3 Résiliation par le titulaire	7.2
7.4 Avis et preuve de sinistre	7.2
7.5 Absence d'avis ou de preuve	7.2
7.6 Droit d'examen	7.2
7.7 Versement des prestations	7.3
7.8 Prescription des recours	7.3
7.9 Particularités provinciales	7.3
8. Terminologie	8.1

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

2. Comprendre votre contrat

Votre document contractuel SoinsVie est un élément important de l'entente formelle conclue entre vous et nous. Veuillez le lire attentivement pour vous assurer qu'il vous procure la couverture que vous avez souscrite.

2.1 Changement d'adresse

Veuillez nous aviser de tout changement d'adresse pour que nous puissions vous envoyer de l'information sur votre contrat. Vous pouvez communiquer avec nous à l'adresse et au numéro de téléphone indiqués à la sous-section 2.3 et sur votre relevé de contrat.

2.2 Terminologie utilisée dans le présent contrat

Dans le présent contrat d'assurance SoinsVie, certains termes ont un sens très précis. La section 8 contient la liste de ces termes.

Dans le présent contrat :

- « vous », « votre » et « vos » renvoient aux titulaires du contrat;
- « nous », « notre » et « nos » renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

2.3 Fonctionnement de votre contrat

Lorsque vous avez souscrit votre contrat SoinsVie, nous avons convenu de vous fournir une assurance soins de longue durée conformément aux conditions du présent document contractuel, tant que vous payez vos primes.

Voici comment fonctionne votre contrat :

- Vous effectuez vos paiements par la poste ou en personne, ou vous prenez des dispositions pour que des prélèvements soient effectués sur votre compte bancaire. Le montant des paiements est indiqué à la section 3.
- Si vous ne payez pas vos primes, vous avez un délai de grâce de 31 jours pour acquitter le montant en souffrance et ainsi maintenir votre contrat en vigueur.
- Vous avez peut-être souscrit des couvertures d'assurance et des garanties additionnelles au moyen des garanties complémentaires offertes au titre du contrat. Vous trouverez à la section 3 un sommaire de vos couvertures d'assurance et de garantie complémentaire.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

- Vous ou l'assuré, un ami ou un parent devez nous aviser dans les 30 jours si un assuré au titre du contrat semble être fonctionnellement dépendant. Vous pouvez le faire en communiquant avec nous par la poste au 500 King Street N. PO Box 1602 STN Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C6, par courriel à CC_987@manuvie.com ou par téléphone au 1 866 575-0684.
- Une fois que vous avez communiqué avec nous, nous rencontrons l'assuré pour procéder à une évaluation et nous examinons d'autres renseignements pour déterminer s'il est fonctionnellement dépendant. Nous expliquons à la sous-section 4.2 comment nous établissons qu'une personne est fonctionnellement dépendante.
- Une fois que nous avons établi qu'un assuré est fonctionnellement dépendant, qu'il a accompli la période d'attente et qu'il a satisfait à toutes les autres conditions énoncées dans le présent contrat, nous versons une prestation pour soins, tel qu'il est indiqué à la section 3. À moins que vous, en tant que titulaire du contrat, ne nous donniez des instructions différentes, nous versons la prestation pour soins à l'assuré.
- Tant que l'assuré est fonctionnellement dépendant, nous versons la prestation pour soins chaque mois, jusqu'à ce que la couverture prenne fin.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

4. Prestations Soins Vie

4.1 Définition de la prestation pour soins

Par « prestation pour soins », on entend la somme qui est payable chaque mois durant lequel l'assuré est fonctionnellement dépendant.

Nous versons une prestation pour soins une fois que les quatre conditions suivantes sont satisfaites :

1. Nous établissons que l'assuré est fonctionnellement dépendant.
2. L'assuré devient fonctionnellement dépendant à la date de la couverture ou ultérieurement.
3. L'assuré est fonctionnellement dépendant pendant un nombre de jours égal à la période d'attente.
4. La couverture d'assurance est encore en vigueur le dernier jour de la période d'attente.

4.2 Comment nous établissons qu'un assuré est fonctionnellement dépendant

Vous ou l'assuré, un ami ou un parent devez nous aviser dans les 30 jours si un assuré au titre du contrat semble être fonctionnellement dépendant. Nous procédons alors à une évaluation initiale qui nous aide à déterminer si l'assuré est fonctionnellement dépendant.

Par « évaluation initiale », on entend une évaluation effectuée en personne, là où réside l'assuré, par un conseiller en soins que nous désignons.

Le conseiller en soins nous aide à déterminer :

- si l'assuré a la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne; et/ou
- si l'assuré a une déficience cognitive.

Le conseiller en soins tient compte de tous les facteurs applicables à la situation de l'assuré, notamment :

- les facteurs d'ordre fonctionnel, cognitif, comportemental et émotif;
- le soutien familial; et
- la sécurité de son environnement.

Aux fins de l'évaluation, le conseiller en soins utilise des tests professionnellement reconnus qui permettent d'obtenir des mesures objectives et des résultats vérifiables.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

Nous pouvons aussi exiger d'autres preuves, notamment les dossiers de l'hôpital ou de l'établissement de soins, des renseignements provenant d'organismes gouvernementaux ou des rapports médicaux. Nous pouvons exiger que l'assuré soit examiné à nos frais par un professionnel de la santé que nous désignons.

Nous vous demandons, à vous et à l'assuré, de collaborer avec nous, d'être disponibles et de nous fournir les renseignements dont nous avons besoin pour prendre une décision concernant la demande de règlement. Si nous n'obtenons pas votre collaboration et celle de l'assuré, nous ne traiterons pas la demande.

4.3 Quand un assuré est-il considéré comme fonctionnellement dépendant?

Nous considérons que l'assuré est fonctionnellement dépendant si, même en faisant usage de médicaments, d'accessoires fonctionnels, d'appareils ou d'autres aides :

- il est incapable d'accomplir au moins deux des activités de la vie quotidienne sans l'aide substantielle d'une autre personne; ou
- il a besoin, en raison d'une déficience cognitive, d'une supervision substantielle pour le protéger contre les dangers qui menacent sa santé ou sa sécurité.

Pour être considéré comme fonctionnellement dépendant, l'assuré doit aussi :

- recevoir régulièrement les soins d'un médecin;
- suivre les traitements recommandés; et
- utiliser les accessoires fonctionnels appropriés au type d'affection qui cause sa dépendance fonctionnelle.

Activités de la vie quotidienne

Les activités de la vie quotidienne sont les tâches quotidiennes de base que l'assuré doit accomplir pour préserver sa santé et assurer sa sécurité. Les activités de la vie quotidienne sont les suivantes :

Se laver – s'entend de la capacité de se laver en prenant un bain (y compris la capacité d'entrer dans la baignoire et d'en sortir) ou une douche (y compris la capacité d'entrer dans la douche et d'en sortir), ou en utilisant une éponge. « Se laver » ne s'entend pas de la capacité de se laver les cheveux, le dos ou les pieds.

Se nourrir s'entend de la capacité de se nourrir par soi-même en utilisant une tasse, un bol ou une assiette, ou de s'alimenter au moyen d'une sonde. « Se nourrir » ne s'entend pas de la capacité de préparer ou de servir les repas.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

S’habiller s’entend de la capacité de mettre et d’enlever tous les vêtements nécessaires et tous les appareils orthopédiques et chirurgicaux ou membres artificiels qui sont médicalement requis. Par « vêtements nécessaires », on entend tout article vestimentaire que l’on peut confectionner, acheter, acheter et retoucher, et qu’il est raisonnable pour la santé, le confort et la dignité de l’assuré de porter dans l’environnement dans lequel il vit habituellement.

Aller aux toilettes s’entend de la capacité de se rendre aux toilettes et d’en revenir, de s’asseoir sur le siège et de s’en relever, ainsi que de s’acquitter des soins d’hygiène personnelle y afférents.

Se déplacer s’entend de la capacité de prendre place dans un lit, sur une chaise ou dans un fauteuil roulant, et d’en sortir.

Être continent s’entend de la capacité de maîtriser ses fonctions intestinales et urinaires ou, si ces fonctions ne peuvent être maîtrisées, de la capacité de s’acquitter des soins d’hygiène personnelle y afférents (y compris ceux liés à l’utilisation de produits pour incontinence, d’un cathéter ou d’une poche pour colostomie).

Aide substantielle

Nous considérons qu’un assuré a besoin d’une aide substantielle pour accomplir les activités de la vie quotidienne s’il nécessite habituellement et régulièrement de l’aide physique ou la présence d’une autre personne qui pourrait lui fournir une assistance immédiate, au besoin.

Par « aide substantielle », on entend :

- l’aide physique d’une autre personne, ou
- l’assistance immédiate, au besoin, d’une personne qui se trouve aux côtés de l’assuré et qui est prête à intervenir physiquement pour l’empêcher de se blesser. Par exemple, une personne qui fournit une assistance immédiate, au besoin, sera prête à rattraper une personne qui tombe en entrant dans une baignoire ou dans une douche ou en sortant de celles-ci, ou à retirer un aliment de la gorge d’une personne qui s’étouffe en mangeant.

Supervision substantielle

Nous considérons qu’un assuré a besoin d’une supervision substantielle s’il nécessite la surveillance continue d’un adulte responsable. Cette personne doit être disposée et apte à intervenir ou à donner les instructions nécessaires pour protéger l’assuré contre les dangers qui menacent sa santé ou sa sécurité.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

Déficiences cognitive

Par « déficiences cognitive », on entend une perte ou une détérioration des facultés intellectuelles. Cette perte ou cette détérioration doit satisfaire aux trois conditions suivantes :

1. Elle doit être comparable à celle qu'entraîne la maladie d'Alzheimer, que nous considérons comme une déficiences cognitive, et à d'autres formes similaires de démence irréversible, ou résulter d'une lésion cérébrale grave.
2. Elle doit se traduire par une déficiences :
 - a) de la mémoire à court terme ou à long terme;
 - b) de la capacité à reconnaître les gens ou à se situer dans l'espace ou le temps;
 - c) du raisonnement déductif ou abstrait; ou
 - d) du jugement liée à la perception qu'a l'assuré quant à sa propre sécurité et à celle des autres personnes.
3. Elle doit être confirmée et mesurée par une preuve clinique et des examens normalisés.

Exclusion

Sont exclus de la déficiences cognitive les troubles mentaux ou nerveux, tels que les troubles de l'anxiété, de l'humeur, du sommeil, de la douleur, de la personnalité et les troubles psychotiques mais sans s'y limiter.

4.4 Définition de la période d'attente

L'assuré doit être fonctionnellement dépendant pendant un nombre de jours égal à la période d'attente avant d'avoir droit à la prestation pour soins. La période d'attente que vous avez choisie est indiquée à la section 3.

Début de la période d'attente

La période d'attente débute le jour de l'évaluation qui nous amène à établir que l'assuré est fonctionnellement dépendant. Pour cette raison, si vous constatez que l'assuré semble fonctionnellement dépendant, vous devez nous en aviser aussitôt que possible au plus tard dans les 30 jours.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

Si nous jugeons que nous ne pouvons pas procéder rapidement à une évaluation en raison de l'état de santé de l'assuré, la période d'attente débute le jour où un événement majeur lié à sa santé se produit (tel qu'un accident vasculaire cérébral, un accident, ou une admission à l'hôpital pour un séjour prolongé). Nous devons avoir une preuve médicale documentée de cet événement, preuve sur laquelle nous nous appuyerons pour déterminer si l'assuré est fonctionnellement dépendant.

Nous considérons que l'assuré a accompli la période d'attente s'il est fonctionnellement dépendant pendant le nombre de jours indiqué à la section 3. Ces jours peuvent être

- consécutifs; ou
- non consécutifs, pourvu qu'ils soient séparés par 180 jours ou moins et soient attribuables à la même cause ou à une cause connexe.

Période d'attente afférente aux demandes de règlement ultérieures

Si nous avons cessé de verser une prestation pour soins parce que l'assuré n'y avait plus droit, et que nous établissons qu'il est redevenu fonctionnellement dépendant :

- moins de 180 jours civils après que nous ayons cessé de verser la prestation pour soins relative à la période précédente de dépendance fonctionnelle, et
- en raison de la même cause ou d'une cause connexe à celle de la période précédente de dépendance fonctionnelle,

l'assuré n'a pas alors à accomplir une autre période d'attente. Nous considérons que la période ultérieure de dépendance fonctionnelle est une prolongation de celle afférente à la demande de règlement précédente.

Si nous avons cessé de verser une prestation pour soins parce que l'assuré n'y avait plus droit, et que nous établissons que l'assuré est redevenu fonctionnellement dépendant :

- 180 jours civils ou plus après avoir cessé de verser la prestation pour soins relative à la période précédente de dépendance fonctionnelle, ou
- en raison d'une cause nouvelle ou différente de celle afférente à la période précédente de dépendance fonctionnelle,

l'assuré doit alors accomplir une nouvelle période d'attente. Nous considérons que la période ultérieure de dépendance fonctionnelle doit faire l'objet d'une nouvelle demande de règlement.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

4.5 Comment nous déterminons le montant de la prestation pour soins

Le montant de la prestation pour soins varie en fonction du montant de l'assurance, de l'option de prestation choisie (ces deux éléments étant précisés à la section 3) et de l'endroit où sont dispensés les soins. Les soins sont dispensés dans les deux types d'endroit suivants:

1. « Hors établissement »

Nous jugeons que les soins sont dispensés « hors établissement » si l'assuré est fonctionnellement dépendant et réside :

- dans une habitation privée;
- dans un hôpital (sauf dans les cas particuliers énoncés ci-après à la rubrique « *En établissement* »);
- dans un établissement dont le mandat principal est de dispenser des soins médicaux de courte durée, de la formation ou de l'enseignement, ou de traiter l'alcoolisme, la chimiodépendance ou les troubles mentaux ou nerveux; ou
- ailleurs que dans un établissement de soins de longue durée, tel qu'il est défini à la section « *Définition d'un établissement de soins de longue durée* ».

2. « En établissement »

Nous jugeons que les soins sont dispensés « en établissement » si l'assuré est fonctionnellement dépendant et réside dans un établissement de soins de longue durée, tel qu'il est défini à la section « *Définition d'un établissement de soins de longue durée* ». Nous exigeons une preuve, satisfaisante pour nous, que l'assuré réside dans un établissement de soins de longue durée.

Nous jugeons aussi que les soins sont dispensés « en établissement » si l'assuré est fonctionnellement dépendant et :

- réside provisoirement dans un hôpital à ses propres frais, parce qu'il a besoin de recevoir des soins de longue durée et attend que des dispositions soient prises à cet effet; ou
- réside provisoirement dans un hôpital, alors qu'il a droit à une prestation pour soins « en établissement ».

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

Définition d'un établissement de soins de longue durée

Un établissement de soins de longue durée s'entend d'un établissement de soins situé au Canada, dans la zone continentale des États-Unis (y compris l'Alaska) ou à Hawaï. L'établissement de soins en question doit satisfaire aux trois exigences suivantes :

1. Offrir sur place, 24 heures sur 24, des services dispensés par un médecin ou des services dispensés par une autre personne sous la surveillance continue d'un médecin ou d'un infirmier autorisé. Le médecin ou l'infirmier doivent être autorisés à exercer au Canada ou aux États-Unis;
ou
Avoir sur place, 24 heures sur 24, du personnel qui dispense des soins de base à de nombreux résidents, et avoir mis en place une procédure en bonne et due forme pour offrir une aide appropriée en cas d'urgence médicale.
2. Consigner quotidiennement dans un registre les soins dispensés à chaque patient.
3. Fournir un programme d'observation et de traitement répondant aux normes actuelles de la pratique médicale à l'égard de la dépendance fonctionnelle pour laquelle l'assuré séjourne dans cet établissement de soins.

Versement de la prestation pour soins

Nous établissons le montant de la prestation pour soins en nous basant sur le nombre de jours pendant lesquels l'assuré était fonctionnellement dépendant et a résidé « en établissement » ou « hors établissement » durant le mois.

Nous versons la prestation pour soins une fois par mois.

Sauf instruction contraire de votre part, nous versons la prestation pour soins à l'assuré.

Lorsque nous versons une prestation pour soins, nous nous réservons le droit d'exiger, à n'importe quel moment et aussi souvent qu'il s'avère nécessaire, des évaluations complémentaires ou des preuves attestant que l'assuré est toujours fonctionnellement dépendant. Nous vous demandons, à vous et à l'assuré de collaborer avec nous, d'être disponibles et de nous fournir les renseignements dont nous avons besoin pour prendre une décision touchant la demande de règlement. Si nous n'obtenons pas votre collaboration et celle de l'assuré, nous cesserons de verser la prestation pour soins.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

4.6 Définition du solde de la prestation

Le solde de la prestation est le montant restant qui peut être utilisé pour verser une prestation pour soins au titre de votre couverture d'assurance. Nous indiquons sur le relevé de votre contrat le solde de la prestation applicable à chaque couverture d'assurance ou à chaque groupe de couvertures d'assurance partagées.

Solde de la prestation d'une couverture d'assurance individuelle

À la date de la couverture, le solde de la prestation pour une couverture d'assurance individuelle correspond au montant de l'assurance. Le solde de la prestation est réduit du montant de chaque prestation pour soins que nous versons après la date de la couverture.

Solde de la prestation des couvertures d'assurance partagées

À la date de la couverture, le solde de la prestation pour les couvertures d'assurance partagées correspond au montant de l'assurance partagée par ces couvertures. Le solde de la prestation est réduit du montant de chaque prestation pour soins que nous versons pour l'une ou l'autre des couvertures d'assurance partagées.

Exemple : le jour où une couverture d'assurance est établie (date de la couverture), le solde total de la prestation pour les couvertures d'assurance partagées numéro 9098 (assurance sur la tête de l'assuré A) et numéro 9099 (assurance sur la tête de l'assuré B) est de 100 000 \$. Il correspond au montant de l'assurance qui est indiqué pour les deux couvertures d'assurance partagées 9098 et 9099. Toute prestation pour soins versée pour la personne A et toute prestation pour soins versée pour la personne B sont déduites du solde de la prestation. Le montant maximum que nous verserons à titre de prestation pour soins pour les couvertures d'assurance partagées 9098 et 9099 sera de 100 000 \$ au total.

(Les numéros de couverture, le montant de l'assurance et le solde de la prestation indiqués ci-dessus sont fournis à titre d'exemple seulement. Ils ne reflètent ni les montants ni les couvertures d'assurance qui s'appliquent au présent contrat.)

Solde de la prestation si vous modifiez votre couverture d'assurance

Si vous apportez une modification à votre contrat et qu'il en résulte une réduction du montant d'une couverture d'assurance, nous réduirons le solde de la prestation applicable à cette couverture. La réduction du solde de la prestation est proportionnelle à la réduction du montant de votre assurance.

Qu'arrive-t-il si le solde de la prestation tombe à zéro?

Dans le cas d'une couverture individuelle, votre couverture d'assurance prend fin le jour où le solde de la prestation tombe à zéro.

Dans le cas de couvertures d'assurance partagées, les deux couvertures d'assurance partagées prennent fin le jour où le solde de la prestation applicable à ces couvertures d'assurance partagées tombe à zéro.

4.7 Définition des services de soutien

Le présent contrat vous donne également droit à des services de soutien.

Tant que l'assuré est fonctionnellement dépendant, vous pouvez bénéficier des services d'un conseiller en soins, une fois tous les 12 mois. Le conseiller en soins vous renseigne sur les services de soins de longue durée auxquels l'assuré pourrait avoir accès dans votre région. Le conseiller en soins fournit des recommandations écrites sur le type, la fréquence et la durée des services de soins de longue durée qui pourraient être bénéfiques à la santé et à la sécurité de l'assuré.

Le conseiller en soins peut aussi :

- vous aider à obtenir les services de soins recommandés dans votre région;
- établir une liste des fournisseurs, des programmes communautaires et des sources d'information sur la santé dans votre région et vous renseigner sur les frais liés à ces services;
- passer en revue les soins que l'assuré reçoit et suggérer des changements ou des ajouts qui pourraient être bénéfiques à la santé et à la sécurité de l'assuré;
- prendre des dispositions pour apporter les changements nécessaires aux services que l'assuré reçoit.

Nous payons le coût complet des services de soutien qui vous sont fournis, mais nous nous réservons le droit de restreindre, de manière que nous jugeons raisonnable, le temps pendant lequel vous et l'assuré pouvez vous prévaloir de ces services.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

Si votre contrat doit prendre fin dans les trois mois parce que le solde de la prestation tombera alors à zéro, vous pouvez demander à ce que le conseiller en soins effectue un dernier examen des soins que l'assuré reçoit et fasse des recommandations écrites sur les services qui seront requis.

Services non inclus dans les services de soutien

Nous ne payons pas les frais exigés par les autres conseillers ou fournisseurs de services auxquels vous pourriez faire appel, ni le coût des services, des traitements, des appareils ou des accessoires fonctionnels que le conseiller en soins vous a recommandés et auxquels vous décidez d'avoir recours.

5. Gestion de votre contrat

5.1 Paiement des primes

Les primes exigées pour vos couvertures d'assurance et de garantie complémentaire sont indiquées à la section 3.

Modification du montant des primes

Les primes indiquées à la section 3 ne changeront pas avant le cinquième anniversaire de couverture, sauf si vous modifiez votre couverture.

Nous pouvons modifier les primes d'une couverture d'assurance à chaque anniversaire de couverture à partir du cinquième anniversaire de couverture.

Nous ne pouvons pas modifier la prime d'une couverture d'assurance après la plus éloignée des dates suivantes :

- l'anniversaire de couverture le plus proche du 75^e anniversaire de naissance de l'assuré; et
- le 20^e anniversaire de cette couverture.

Nous ne modifierons vos primes que pour tenir compte de l'évolution des coûts que nous engageons pour fournir l'assurance soins de longue durée, et seulement si nous modifions les primes de toutes les couvertures d'assurance similaires souscrites auprès de nous. Nous ne pouvons donc pas augmenter les primes d'un client en particulier parce que son état de santé ou ses capacités fonctionnelles ont changé. Nous ne pouvons changer aucune des autres dispositions du présent contrat sans votre autorisation.

Comment effectuer vos paiements

Vous pouvez choisir d'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 payez trimestriellement, semestriellement ou annuellement, vous pouvez nous envoyer vos paiements par la poste, ou les faire parvenir à notre siège social canadien.

Les paiements effectués par chèque ou par transfert électronique doivent être faits en dollars canadiens et tirés sur une institution financière canadienne. Les chèques doivent être libellés à l'ordre de la Financière Manuvie.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

5.2 Garantie d'exonération des primes durant une période de règlement

La garantie d'exonération des primes durant une période de règlement fait partie intégrante de votre contrat. Dans le cas d'une couverture d'assurance individuelle, il y a exonération de la prime nécessaire au maintien en vigueur de votre contrat tant qu'un assuré a droit à une prestation pour soins.

Dans le cas des couvertures d'assurance partagées, il y a exonération de la prime nécessaire au maintien en vigueur de votre contrat tant que l'un des assurés ou les deux ont droit à une prestation pour soins.

S'il y a exonération d'une prime ou d'une partie d'une prime que vous avez déjà payée, nous vous remboursons la somme inutilisée.

Une fois la période d'attente écoulée, nous remboursons toutes les primes dues et payées pendant cette période d'attente.

Lorsque l'assuré n'a plus droit à la prestation pour soins, vous devez recommencer à payer les primes. Nous vous indiquerons le montant des primes que vous devez payer pour maintenir votre contrat en vigueur depuis la date à laquelle nous avons cessé de verser la prestation pour soins jusqu'à la date prévue du prochain paiement de la prime.

5.3 Délai de grâce

Si, à la date d'échéance d'une prime, vous n'avez pas payé celle-ci en entier, un délai de grâce de 31 jours vous est accordé pour effectuer le paiement requis.

Si, à l'expiration du délai de grâce, vous n'avez pas acquitté en totalité la prime due, votre contrat tombe en déchéance et nous vous remboursons tout paiement partiel que vous avez effectué pendant le délai de grâce.

Si une prestation pour soins devient payable durant le délai de grâce, nous versons cette prestation.

5.4 Remise en vigueur de votre contrat

À n'importe quel 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. À cette fin, nous devons recevoir, au cours de ces deux années, votre demande écrite de remise en vigueur et une preuve d'assurabilité satisfaisante pour nous. Nous devons aussi recevoir votre paiement couvrant :

- les sommes qui étaient dues avant ou au début du délai de grâce; plus
- le total de toutes les primes dues depuis le début du délai de grâce jusqu'à la date de la remise en vigueur; plus
- les intérêts sur ces sommes, au taux que nous aurons alors fixé.

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

5.5 Fin de votre couverture

Vos couvertures d'assurance au titre du présent contrat ne comportent pas de date d'expiration. Une couverture d'assurance prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- le jour du traitement mensuel qui coïncide avec ou suit le jour où nous recevons à notre siège social canadien votre demande écrite de résilier cette couverture;
- la date à laquelle l'assuré au titre de la couverture décède (se reporter également à la sous-section 4.6 sur les couvertures d'assurance partagées);
- la date à laquelle le solde de la prestation pour la couverture tombe à zéro; et
- la date à laquelle le contrat prend fin.

5.6 Fin de votre contrat

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

- le jour ouvrable où nous recevons votre demande écrite de résiliation du contrat à notre siège social canadien;
- 31 jours après le début du délai de grâce du contrat, si vous n'avez pas payé la somme exigée pour maintenir le contrat en vigueur; ou
- la date à laquelle il n'y a plus une seule couverture d'assurance en vigueur.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

5.7 Décès de l'assuré

Couverture d'assurance individuelle

Si l'assuré décède, nous résilions la couverture d'assurance qui s'applique à l'assuré à la date du décès.

Couvertures d'assurance partagées

Si l'un des assurés au titre d'une couverture d'assurance partagée décède, nous résilions la couverture d'assurance qui s'applique à cet assuré à la date du décès.

La couverture d'assurance de l'assuré survivant demeure en vigueur à titre de couverture d'assurance individuelle. Le solde de la prestation des couvertures d'assurance partagées devient le solde de la prestation de cette couverture individuelle. Le montant de la prestation pour soins ne change pas.

Nous rajustons les primes de la couverture d'assurance en fonction :

- des taux d'une couverture d'assurance individuelle, rajustés en fonction des changements dont ils ont fait l'objet depuis la date de la couverture; et
- du sexe et de l'âge de l'assuré à la date de la couverture du contrat initial.

Portion inutilisée des primes

Nous remboursons, le cas échéant, la portion inutilisée des primes payées pour la ou les couvertures d'un assuré au cours de l'année contractuelle où est survenu le décès.

5.8 Modification de vos couvertures

Sous réserve de nos règles administratives alors en vigueur, vous pouvez nous demander de modifier le montant de l'assurance, la période d'attente ou l'option de prestation de votre couverture d'assurance. Vous pouvez ajouter ou résilier des couvertures de garantie complémentaire sous réserve de notre approbation et de nos règles administratives en vigueur au moment où vous demandez la modification.

5.9 Transfert de la propriété de votre contrat

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

Si vous transférez la propriété :

- Vous devez céder le contrat dans son intégralité; vous ne pouvez céder une couverture en particulier.
- 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.

5.10 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 ou hypothéquer le contrat dans son intégralité; vous ne pouvez céder ou hypothéquer une couverture en particulier.
- Nous sommes liés par la cession 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 ou de l'hypothèque.
- Si vous cédez 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 ou d'une hypothèque.
- Les droits du prêteur ont priorité sur ceux de toute autre personne qui présente une demande de règlement.

5.11 Fractionnement du contrat

Vous avez le droit de fractionner votre contrat s'il couvre deux personnes dont la relation change. Lorsque le contrat est fractionné, l'assurance peut être maintenue en vigueur sur la tête des deux assurés au titre de deux contrats distincts. Ces droits sont soumis à nos règles administratives en vigueur au moment du fractionnement.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

Vous ne pouvez pas fractionner le contrat si l'un des assurés :

- reçoit actuellement une prestation pour soins ou y a actuellement droit;
- a reçu une prestation pour soins au cours des 180 derniers jours; ou
- accomplit actuellement la période d'attente.

Qu'arrive-t-il si vous fractionnez votre contrat?

Si vous fractionnez votre contrat, la somme des garanties prévues par les nouveaux contrats est égale à la somme des garanties prévues par votre contrat initial le jour précédant la date du fractionnement. Le montant de la prestation pour soins des nouveaux contrats est le même que celui du contrat initial.

Les nouveaux contrats portent la même date que le contrat initial, et chacune des couvertures établies au titre des nouveaux contrats porte les mêmes dates de couverture et d'établissement que celles du contrat initial.

Une fois que le contrat est fractionné, la prime que nous facturons pour la couverture de chaque contrat est basée sur :

- les taux d'une couverture d'assurance individuelle, rajustés en fonction des changements dont ils ont fait l'objet depuis la date de la couverture; et
- le sexe et l'âge de l'assuré à la date de la couverture du contrat initial.

5.12 Notre droit de contestation du contrat

Nos droits en tout temps

Nous avons le droit de contester en tout temps 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 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. Un fait déterminant 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.

Dans la présente sous-section (5.12), un fait déterminant ne comprend pas les déclarations que vous ou l'assuré faites au sujet de votre âge ou de votre sexe.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

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 demandé 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, vous, un assuré au titre de votre contrat ou le médecin de l'assuré constate un signe, un symptôme, une affection ou un problème de santé qui donne lieu ultérieurement à une dépendance fonctionnelle, à quelque moment que ce soit, ou en prend connaissance), 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.

5.13 Déclaration erronée de l'âge et du sexe

En cas d'erreur sur l'âge ou le 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 la loi.

5.14 Monnaie

Tous les paiements reçus ou effectués par nous au titre du contrat sont en dollars canadiens. Les paiements faits à notre ordre par chèque ou transfert électronique doivent être en dollars canadiens, tirés sur une institution financière canadienne. Les chèques doivent être libellés à l'ordre de la Financière Manuvie.

5.15 Nature du contrat SoinsVie

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

6. Exclusions et restrictions

Exclusions

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

Nous ne considérons pas l'assuré comme étant fonctionnellement dépendant et nous ne versons aucune prestation pour soins au titre du contrat si la dépendance fonctionnelle de l'assuré, que ce dernier soit sain d'esprit ou non, est le résultat :

- d'une blessure auto-infligée intentionnellement;
- de la perpétration d'un acte qui serait criminel selon les lois du Canada, où qu'il soit commis;
- de la conduite d'un véhicule motorisé alors que l'alcoolémie dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- de l'absorption ou de l'usage intentionnels par l'assuré :
 - de tout médicament ou narcotique d'ordonnance autres que ceux prescrits par un médecin,
 - d'un médicament ou d'un narcotique qui peut être vendu légalement sans ordonnance au Canada ou aux États-Unis, d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant,
 - d'un médicament ou d'un narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada ou aux États-Unis; ou
 - d'une substance empoisonnée ou toxique.

Nous ne considérons pas l'assuré comme étant fonctionnellement dépendant et nous ne lui versons pas la prestation pour soins tant qu'il réside à l'extérieur du Canada et des États-Unis.

Les jours où l'assuré réside à l'extérieur du Canada et des États-Unis ne sont pas considérés comme des jours de dépendance fonctionnelle à l'égard de la période d'attente.

7. Conditions statutaires

7.1 Le contrat

Votre contrat comprend :

- les propositions afférentes à vos couvertures d'assurance et de garantie complémentaire;
- les renseignements que vous ou l'assuré nous avez fournis comme preuve d'assurabilité, y compris:
 - a) les preuves médicales, et
 - b) les déclarations et réponses fournies, mais sans s'y limiter;
- le présent document contractuel SoinsVie;
- les renseignements que vous ou l'assuré nous fournissez si vous modifiez vos couvertures d'assurance ou de garantie complémentaire ou remettez votre contrat en vigueur, y compris :
 - a) les demandes de modification ou de remise en vigueur,
 - b) les avenants ou modificatifs établis à la suite des modifications ou de la remise en vigueur, et
 - c) les pages Sommaire du contrat mises à jour ou les tables de taux ou de valeurs établies à la suite des modifications ou de la remise en vigueur, mais sans s'y limiter;
- les autres avenants ou modificatifs que nous acceptons par écrit et qui sont signés par notre président ou l'un de nos vice-présidents après l'établissement de votre contrat.

Dérogation

Aucun agent n'est autorisé à modifier le contrat ni à accorder une dérogation à l'égard de l'une de ses dispositions. Nous ne serons pas réputés avoir renoncé à quelconque condition du contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans une déclaration écrite que nous signons.

Copie de votre proposition

Nous joindrons une copie de votre proposition au document contractuel SoinsVie.

7.2 Faits déterminants

Les déclarations faites par le titulaire ou l'assuré à la date de la proposition afférente au contrat ne peuvent être utilisées pour contester une demande de règlement faite aux termes du présent contrat ou pour résilier le contrat que si elles figurent dans la proposition ou dans les autres déclarations ou réponses écrites fournies comme preuve d'assurabilité.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

7.3 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 établissement principal dans votre province ou à notre siège social canadien. Nous vous remboursons alors, le cas échéant, la partie inutilisée de la prime payée pour les couvertures sur la tête de l'assuré au cours de l'année contractuelle où vous demandez la résiliation. Si aucune prime n'a été payée au cours de l'année contractuelle en question, aucune prime n'est remboursée.

7.4 Avis et preuve de sinistre

Vous ou l'assuré, un ami ou un parent, devez :

- si un assuré au titre du contrat semble être fonctionnellement dépendant, nous en aviser dans les 30 jours. Vous pouvez le faire en communiquant avec nous par la poste au 500 King Street N. PO Box 1602 STN Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C6, par courriel à CC_987@manuvie.com ou par téléphone au 1 866 575-0684.
- nous fournir des renseignements, satisfaisants pour nous, sur la cause ou la nature de la dépendance fonctionnelle de l'assuré, le droit du demandeur de recevoir le paiement, son âge et l'âge du bénéficiaire (le cas échéant). Nous devons recevoir ces renseignements dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle vous nous avez avisés que l'assuré semblait fonctionnellement dépendant.

7.5 Absence d'avis ou de preuve

Si vous négligez de nous donner avis ou de nous fournir une preuve, satisfaisante pour nous, dans le délai prescrit dans les présentes conditions statutaires, nous versons la prestation pour soins :

- si nous établissons que l'assuré est fonctionnellement dépendant et que la période d'attente est écoulée; et
- si vous nous avisez dès que cela est raisonnablement possible dans l'année qui suit la date à laquelle l'assuré semblait être fonctionnellement dépendant; et
- si nous recevons une preuve, satisfaisante pour nous, qu'il n'était pas raisonnablement possible de nous donner l'avis ou de fournir une preuve dans le délai prescrit.

7.6 Droit d'examen

Pour vérifier si l'assuré a droit aux prestations, nous pouvons exiger que ce dernier soit examiné chaque fois et aussi souvent que nous le jugeons raisonnablement nécessaire.

Vous trouverez à la section 8 la définition des termes employés dans le présent document contractuel.

7.7 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.

7.8 Prescription des recours

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

7.9 Particularités provinciales

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

8. Terminologie

Activités de la vie quotidienne (voir sous-section 4.3)

Âge atteint : somme

- de l'âge de l'assuré à la date de la couverture indiquée à la section 3, 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.

Aide substantielle (voir sous-section 4.3)

Anniversaire contractuel (voir Date du contrat)

Assuré : toute personne que nous avons convenu d'assurer au titre du présent contrat. Les assurés sont indiqués à la section 3.

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

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.

Couverture d'assurance : protection d'assurance soins de longue durée prévue par le présent contrat. Votre contrat peut comporter plusieurs couvertures d'assurance, chacune couvrant une personne et procurant une prestation pour soins de longue durée. Le montant de l'assurance de chacune de vos couvertures est indiqué à la section 3.

Couverture d'assurance individuelle : assurance dont la couverture est « individuelle ». Les différents types de couverture de votre assurance sont présentés à la section 3.

Couverture d'assurance partagée : assurance dont la couverture est « partagée ». Voir à la section 3 les différents types de couverture de votre assurance.

Couverture de garantie complémentaire : protection additionnelle prévue par une garantie complémentaire. La prestation prévue par chacune de vos couvertures de garantie complémentaire est indiquée à la section 3.

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, correspond à la date de la dernière remise en vigueur du contrat.

Date d'établissement du contrat : date, indiquée à la section 3, à laquelle nous établissons le contrat. Si votre contrat est 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.

Déficiences cognitives (voir sous-section 4.3)

Délai de grâce (voir sous-section 5.3)

Durée de paiement des primes : période pendant laquelle les primes d'un contrat SoinsVie sont payables, tel qu'il est indiqué à la section 3.

« **En établissement** » (voir sous-section 4.5)

Endroit où sont dispensés les soins : lieu où l'assuré réside. Les soins peuvent être dispensés « en établissement » ou « hors établissement » (voir sous-section 4.5).

Fait déterminant (voir sous-section 5.12)

Fonctionnellement dépendant (voir sous-section 4.3)

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

Garanties complémentaires : garanties ou couvertures facultatives que vous pouvez souscrire en plus de votre couverture d'assurance.

« **Hors établissement** » (voir sous-section 4.5)

Médecin : personne autorisée par la loi à exercer la médecine au Canada, aux États-Unis ou dans d'autres ressorts que nous approuvons. Le médecin ne doit être ni le titulaire du contrat, ni l'assuré, ni un parent, ni un associé du titulaire ou d'un assuré.

Montant de l'assurance : montant de chaque couverture d'assurance indiqué à la section 3.

Période d'attente (voir sous-section 4.4)

Période de contestabilité (voir sous-section 5.12)

Prestation pour soins : montant qui est payable lorsque l'assuré est fonctionnellement dépendant et que la période d'attente est écoulée. La prestation pour soins est indiquée à la section 3.

Preuve d'assurabilité : renseignements que nous exigeons de vous et de l'assuré. Ils nous permettent de déterminer si nous pouvons accepter la demande d'assurance ou de modification ou de remise en vigueur de votre assurance.

Règles administratives : directives que nous établissons et qui indiquent comment et dans quelles circonstances vous pouvez exercer certains droits au titre de votre contrat. Lorsque vous exercez ces droits, vous devez le faire conformément à nos règles administratives alors en vigueur. Nous pouvons modifier ces directives de temps à autre, sans vous en aviser.

Services de soutien (voir sous-section 4.7)

Soins réguliers d'un médecin : consultations et traitements donnés par un médecin et appropriés, quant à leur nature et à leur fréquence, pour l'affection causant la dépendance fonctionnelle de l'assuré.

Solde de la prestation (voir sous-section 4.6)

Supervision substantielle (voir sous-section 4.3)

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.

Vêtements nécessaires (voir sous-section 4.3)

Garantie Remboursement des primes au décès

Généralités

La couverture établie au titre de la garantie Remboursement des primes au décès est reliée aux couvertures d'assurance SoinsVie connexes figurant à la section 3. L'assuré (ou les assurés au titre des couvertures d'assurance partagées SoinsVie connexes), la date de la couverture, la durée de paiement des primes, l'option de prestation et la période d'attente au titre de la couverture de la présente garantie doivent être les mêmes que ceux de la couverture d'assurance SoinsVie connexe.

Protection prévue par la présente garantie

Nous versons une prestation Remboursement des primes au décès lorsque le dernier assuré survivant au titre de cette garantie décède, pourvu que la couverture de la garantie soit en vigueur à la date du décès. À moins d'indication contraire de votre part, nous vous versons, à vous ou à vos ayants droit, la prestation Remboursement des primes au décès.

Calcul de la prestation Remboursement des primes au décès

La prestation Remboursement des primes au décès au titre d'une couverture d'assurance SoinsVie connexe est égale au *moindre* de A et B ci-dessous :

A	B
<ul style="list-style-type: none"> Les primes admissibles Il s'agit de la somme des primes que vous avez payées pour les couvertures en vigueur ou les couvertures partagées qui ont pris fin à la suite du premier décès. Ces couvertures comprennent : <ul style="list-style-type: none"> la couverture de la présente garantie la couverture d'assurance SoinsVie connexe, et la garantie Protection contre l'inflation au titre de la couverture d'assurance SoinsVie connexe. 	<ul style="list-style-type: none"> Le solde de la prestation au titre de la couverture d'assurance SoinsVie connexe à la date du décès du dernier assuré survivant au titre de cette garantie
plus	
<ul style="list-style-type: none"> Les primes que vous avez payées pour les frais de contrat Si plusieurs garanties Remboursement des primes au décès prennent fin à la suite du décès du dernier assuré survivant, les primes que vous avez payées pour les frais de contrat sont réparties également entre ces couvertures. <p style="text-align: right;"><i>... page suivante</i></p>	

multiplié par	
<ul style="list-style-type: none"> Le pourcentage de remboursement figurant dans le tableau ci-dessous 	
moins	
<ul style="list-style-type: none"> La somme de toutes les prestations pour soins payées ou payables au titre des couvertures d'assurance SoinsVie connexes en vigueur ou des couvertures partagées qui ont pris fin à la suite du premier décès 	

Pourcentage de remboursement

Les prestations Remboursement des primes au décès sont rajustées en fonction du pourcentage de remboursement indiqué ci-dessous.

Si la prestation Remboursement des primes au décès est payable	... nous appliquons le pourcentage de remboursement ci-dessous
avant le 1 ^{er} anniversaire de couverture	0 %
le ou après le 1 ^{er} mais avant le 2 ^e anniversaire de couverture	5 %
le ou après le 2 ^e mais avant le 3 ^e anniversaire de couverture	10 %
le ou après le 3 ^e mais avant le 4 ^e anniversaire de couverture	15 %
le ou après le 4 ^e mais avant le 5 ^e anniversaire de couverture	20 %
le ou après le 5 ^e mais avant le 6 ^e anniversaire de couverture	25 %
le ou après le 6 ^e mais avant le 7 ^e anniversaire de couverture	30 %
le ou après le 7 ^e mais avant le 8 ^e anniversaire de couverture	35 %
le ou après le 8 ^e mais avant le 9 ^e anniversaire de couverture	40 %
le ou après le 9 ^e mais avant le 10 ^e anniversaire de couverture	45 %
le ou après le 10 ^e mais avant le 11 ^e anniversaire de couverture	50 %
le ou après le 11 ^e mais avant le 12 ^e anniversaire de couverture	55 %
le ou après le 12 ^e mais avant le 13 ^e anniversaire de couverture	60 %
le ou après le 13 ^e mais avant le 14 ^e anniversaire de couverture	65 %
le ou après le 14 ^e mais avant le 15 ^e anniversaire de couverture	70 %
le ou après le 15 ^e mais avant le 16 ^e anniversaire de couverture	75 %
le ou après le 16 ^e mais avant le 17 ^e anniversaire de couverture	80 %
le ou après le 17 ^e mais avant le 18 ^e anniversaire de couverture	85 %
le ou après le 18 ^e mais avant le 19 ^e anniversaire de couverture	90 %
le ou après le 19 ^e mais avant le 20 ^e anniversaire de couverture	95 %
le ou après le 20 ^e anniversaire de couverture	100 %

Vous trouverez à la section 8 du document contractuel la définition des termes employés dans la présente garantie.

Modifications à votre couverture d'assurance SoinsVie connexe

Reportez-vous à la sous-section 5.8 pour connaître vos droits concernant les modifications que vous pouvez apporter à votre couverture d'assurance.

Incidence d'une diminution du montant de l'assurance sur les primes admissibles

Si nous acceptons votre demande de diminution du montant de l'assurance d'une couverture d'assurance SoinsVie connexe, le montant de la garantie Remboursement des primes au décès reliée à cette couverture est également réduit. Si le montant de l'assurance de la ou des couverture(s) d'assurance SoinsVie connexe(s) est réduit, le montant des primes admissibles est réduit au prorata.

Les primes admissibles comprennent les primes que vous avez payées pour les couvertures suivantes le jour du traitement mensuel où le montant de l'assurance a été réduit :

- la couverture de la présente garantie;
- la ou les couverture(s) de la garantie Protection contre l'inflation en vigueur au titre de la ou des couverture(s) d'assurance SoinsVie connexe(s);
- la ou les couverture(s) d'assurance SoinsVie connexes alors en vigueur.

Si les couvertures d'assurance SoinsVie connexes étaient partagées à la date de la couverture, nous ne diminuons pas les primes admissibles payées pour une couverture d'assurance SoinsVie connexe ou sa couverture de garantie Protection contre l'inflation si elles ont pris fin à la suite du premier décès.

Si le montant de l'assurance diminue à la suite de votre demande d'augmentation de l'option de prestation au titre de la ou des couverture(s) d'assurance SoinsVie connexe(s), nous ne réduisons pas les primes admissibles que vous avez payées pour la couverture de la présente garantie, la couverture d'assurance SoinsVie connexe ou la couverture de la garantie Protection contre l'inflation reliée à cette dernière.

Nos règles administratives en vigueur au moment où vous demandez la diminution s'appliquent.

Incidence d'une diminution du montant de l'assurance sur le solde de votre prestation

Si nous acceptons d'apporter une modification qui entraîne une diminution du montant de l'assurance au titre d'une couverture d'assurance SoinsVie connexe, le solde de la prestation diminue en conséquence. Si le montant de l'assurance de la couverture d'assurance SoinsVie connexe diminue, le solde de la prestation est réduit au prorata.

Nos règles administratives en vigueur au moment où vous demandez la diminution s'appliquent.

Incidence du fractionnement de votre contrat sur la présente garantie

Si vous fractionnez votre contrat, nous résilions votre couverture de garantie Remboursement des primes au décès. Aucune prestation Remboursement des primes au décès n'est alors payable au titre du contrat initial ou des nouveaux contrats.

Reportez-vous à la sous-section 5.11 pour connaître vos droits relativement au fractionnement du contrat.

Paiement des primes au titre de la couverture de la garantie Remboursement des primes au décès

La prime exigée pour la couverture de la garantie Remboursement des primes au décès est indiquée à la section 3. Pour plus de renseignements sur la façon de payer vos primes, reportez-vous à la sous-section 5.1.

Aucune autre prime n'est exigée au titre d'une couverture de la présente garantie lorsque cette couverture est en vigueur pendant une période plus longue que la durée de paiement des primes de cette garantie.

Modification des primes

Les primes indiquées à la section 3 au titre de votre couverture de garantie Remboursement des primes au décès ne changeront pas avant le cinquième anniversaire de couverture, sauf si vous apportez une modification à votre couverture.

Lors du cinquième anniversaire de couverture et ultérieurement, nous pouvons modifier les primes de votre couverture de garantie à chaque anniversaire de couverture.

Nous ne pouvons pas modifier la prime de votre couverture de garantie après la plus éloignée des dates suivantes :

- l'anniversaire de couverture le plus proche du 75^e anniversaire de naissance de l'assuré ou de l'âge conjoint atteint de 75 ans, et
- le 20^e anniversaire de cette couverture.

Nous ne modifierons les primes de votre couverture de garantie Remboursement des primes au décès que pour refléter l'évolution des coûts que nous engageons pour fournir la couverture de garantie de Remboursement des primes au décès, et seulement si nous modifions les primes de toutes les couvertures similaires de garantie Remboursement des primes au décès. Nous ne pouvons donc pas augmenter la prime de la couverture de garantie Remboursement des primes au décès d'un client en particulier parce que l'état de santé ou les capacités fonctionnelles de l'assuré ou des assurés ont changé. Nous ne pouvons pas non plus modifier d'autres dispositions de votre couverture de garantie sans votre consentement.

Fin d'une couverture établie au titre de cette garantie

Une couverture établie au titre de la présente garantie prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle le dernier assuré survivant au titre de la couverture de garantie complémentaire n'est plus un assuré au titre de la couverture d'assurance SoinsVie connexe;
- jour du traitement mensuel qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle nous recevons à notre siège social canadien votre demande écrite de résiliation de la couverture;
- date à laquelle nous résilions ou refusons une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire sur la tête de l'assuré, conformément à la clause *Notre droit de contestation du contrat*, à la sous-section 5.12;
- date à laquelle la couverture d'assurance SoinsVie connexe prend fin parce que le solde de la prestation tombe à zéro; ou
- date d'effet de tout fractionnement de contrat appliqué aux couvertures d'assurance partagées SoinsVie connexes.

Fin de la présente garantie

La présente garantie prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- jour du traitement mensuel qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle nous recevons à notre siège social canadien votre demande écrite de résiliation de la présente garantie;
- date à laquelle prend fin la dernière couverture établie au titre de la présente garantie; ou
- date à laquelle le contrat prend fin (*reportez-vous à la sous-section 5.6*).

Garantie Protection contre l'inflation

Généralités

La couverture établie au titre de la garantie Protection contre l'inflation est reliée à une couverture d'assurance SoinsVie connexe figurant à la section 3. L'assuré (ou les assurés au titre des couvertures d'assurance partagées SoinsVie connexes), le type de couverture, la durée de paiement des primes, l'option de prestation et la période d'attente de la couverture au titre de la présente garantie doivent être les mêmes que ceux de la couverture d'assurance SoinsVie connexe.

Protection prévue par la présente garantie

La garantie Protection contre l'inflation prévoit l'augmentation de la prestation pour soins et du solde de la prestation au titre de la couverture d'assurance SoinsVie connexe. À la section 3, nous indiquons le taux de protection contre l'inflation qui s'applique à la présente garantie.

Taux de protection contre l'inflation

Si la présente garantie et la couverture d'assurance SoinsVie connexe sont en vigueur, la prestation pour soins et le solde de la prestation au titre de cette couverture sont augmentés chaque anniversaire contractuel. Cette augmentation s'applique, peu importe que l'assuré soit ou non fonctionnellement dépendant. La nouvelle prestation pour soins et le nouveau solde de la prestation figureront sur votre relevé du contrat.

(Reportez-vous à la section 4 pour obtenir la définition de « prestation pour soins » et du « solde de la prestation ».)

Couverture d'assurance individuelle SoinsVie connexe

Chaque anniversaire contractuel, nous calculons une nouvelle prestation pour soins et un nouveau solde de la prestation comme suit :

- a) Nous déterminons la prestation pour soins pour la couverture d'assurance individuelle SoinsVie connexe la veille de l'anniversaire contractuel, puis nous augmentons ce montant en fonction du taux de protection contre l'inflation.
- b) Nous déterminons le solde de la prestation pour la couverture d'assurance individuelle SoinsVie connexe la veille de l'anniversaire contractuel, puis nous augmentons ce montant en fonction du taux de protection contre l'inflation.

Couverture d'assurance partagée SoinsVie connexe

Chaque anniversaire contractuel, nous calculons une nouvelle prestation pour soins et un nouveau solde de la prestation partagé comme suit :

- a) Nous déterminons la prestation pour soins pour chaque couverture d'assurance partagée SoinsVie connexe la veille de l'anniversaire contractuel, puis nous augmentons ce montant en fonction du taux de protection contre l'inflation.
- b) Nous déterminons le solde de la prestation partagé pour chaque couverture d'assurance partagée SoinsVie connexe la veille de l'anniversaire contractuel, puis nous augmentons ce montant en fonction du taux de protection contre l'inflation.

Modifications à votre couverture d'assurance SoinsVie connexe

Reportez-vous à la sous-section 5.8 pour connaître vos droits concernant les modifications que vous pouvez apporter à votre couverture d'assurance.

Si vous demandez une modification qui entraîne une diminution du montant de l'assurance d'une couverture d'assurance SoinsVie connexe, nous déterminons la prestation pour soins et le solde de la prestation la veille de la date à laquelle nous apportons la modification, puis nous réduisons ces deux montants. Le montant de la diminution est proportionnel à celui de la diminution du montant de l'assurance. Le taux de protection contre l'inflation ne change pas.

Résiliation de la garantie Protection contre l'inflation

Si vous résiliez votre couverture de garantie Protection contre l'inflation, le solde de la prestation est réduit jusqu'au montant de l'assurance actuel de votre couverture d'assurance SoinsVie connexe, moins toute prestation pour soins versée depuis la date de la couverture. La prestation pour soins est également réduite; elle est calculée en fonction du montant de l'assurance et de l'option de prestation de la couverture d'assurance SoinsVie connexe.

Toute augmentation de la protection contre l'inflation appliquée au solde de la prestation et à la prestation pour soins est alors annulée.

Incidence du fractionnement du contrat sur la garantie

Si vous fractionnez votre contrat, les clauses de la sous-section 5.11 s'appliquent et chaque nouvelle couverture individuelle devient connexe à la garantie Protection contre l'inflation.

Nous rajustons la prime de la couverture de la garantie Protection contre l'inflation en tenant compte :

- des taux d'une couverture individuelle de garantie Protection contre l'inflation à la date de la couverture et de tous les changements qui ont été décidés à l'égard de ces taux depuis la date de la couverture; et
- du sexe et de l'âge de l'assuré à la date de la couverture de la garantie Protection contre l'inflation initiale.

Incidence du décès d'un assuré au titre d'une couverture partagée

Si un des assurés décède, les clauses de la sous-section 5.7 s'appliquent. Si la couverture partagée était liée à une garantie Protection contre l'inflation, la nouvelle couverture d'assurance individuelle est liée à une garantie Protection contre l'inflation. La garantie Protection contre l'inflation qui couvre l'assuré décédé prend fin.

Nous rajustons la prime de la couverture de garantie Protection contre l'inflation en tenant compte :

- des taux d'une couverture individuelle de garantie Protection contre l'inflation à la date de la couverture et de tous les changements qui ont été décidés à l'égard de ces taux depuis la date de la couverture; et
- de sexe et de l'âge de l'assuré à la date de la couverture de la garantie Protection contre l'inflation initiale.

Païement des primes au titre de la couverture de garantie Protection contre l'inflation

La prime exigée au titre de la couverture de garantie Protection contre l'inflation est indiquée à la section 3.

Aucune autre prime n'est exigée au titre d'une couverture de la présente garantie lorsque cette couverture est en vigueur pendant une période plus longue que la durée de paiement des primes de la couverture d'assurance SoinsVie connexe.

Modification des primes

Les primes indiquées à la section 3 ne changeront pas avant le cinquième anniversaire de couverture, sauf si vous apportez une modification à votre couverture.

Lors du cinquième anniversaire de couverture et ultérieurement, nous pouvons modifier les primes de votre couverture de garantie Protection contre l'inflation à chaque anniversaire de couverture.

Nous ne pouvons pas modifier la prime de votre couverture de garantie après la plus éloignée des dates suivantes :

- l'anniversaire de couverture le plus proche du 75^e anniversaire de naissance de l'assuré; et
- le 20^e anniversaire de cette couverture.

Nous ne modifierons les primes de votre couverture de garantie Protection contre l'inflation que pour refléter l'évolution des coûts que nous engageons pour fournir la couverture de garantie de protection contre l'inflation, et seulement si nous modifions les primes de toutes les couvertures similaires de garantie Protection contre l'inflation. Nous ne pouvons donc pas augmenter la prime de la couverture de garantie Protection contre l'inflation d'un client en particulier parce que l'état de santé ou les capacités fonctionnelles d'un assuré ont changé. Nous ne pouvons pas non plus modifier d'autres dispositions de votre couverture de garantie sans votre consentement.

Fin d'une couverture établie au titre de cette garantie

Une couverture établie au titre de la présente garantie prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle l'assuré au titre de la couverture de garantie complémentaire n'est plus un assuré au titre de la couverture d'assurance SoinsVie connexe;
- jour du traitement mensuel qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle nous recevons à notre siège social canadien votre demande écrite de résiliation de la couverture;
- date à laquelle nous résilions ou refusons une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire sur la tête de l'assuré, conformément à la clause *Notre droit de contestation du contrat*, à la sous-section 5.12; ou
- date à laquelle la couverture d'assurance SoinsVie connexe prend fin parce que le solde de la prestation tombe à zéro.

Fin de la présente garantie

La présente garantie prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- jour du traitement mensuel qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle nous recevons à notre siège social canadien votre demande écrite de résiliation de la présente garantie;
- date à laquelle prend fin la dernière couverture établie au titre de la garantie Protection contre l'inflation; ou
- date à laquelle le contrat prend fin (*reportez-vous à la sous-section 5.6*).