

**Assurance de soins de longue durée
(Garantie pour soins en établissement)**

Numéro du contrat : AV-1234,567-8

Propriétaire : John Doe

SPÉCIMEN

Nous fournissons le texte suivant exclusivement pour que vous puissiez vous y reporter facilement. Il ne doit pas être considéré ni interprété comme étant un contrat ou une promesse de contrat. Nous apportons régulièrement des changements au texte de nos contrats et il est donc possible que ce spécimen ne reflète pas le texte du contrat qui pourrait être établi pour votre client. Les termes du contrat effectivement établi pour un client donné régissent nos relations avec le client.

Table des matières

Sommaire du contrat	3
Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours.....	5
Garantie pour soins en établissement de l'assurance de soins de longue durée.....	5
Pour demander les prestations de la Garantie pour soins en établissement	8
Exonération de la prime du conjoint	10
Protection contre l'inflation.....	11
Remboursement des primes au décès.....	11
Paiement de votre contrat.....	13
Si les primes ne sont pas payées	14
Prolongation d'assurance	14
Droit de mettre fin au contrat.....	16
Expiration de votre contrat.....	16
Autres renseignements sur votre contrat.....	17
Termes utilisés en assurance.....	17

Sommaire du contrat

Dans ce document, *vous* et *votre* désignent le propriétaire de ce contrat. *Nous, notre* et *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Votre contrat a été établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Nous vous prions de lire ce contrat attentivement. On y décrit les garanties payables ainsi que les exclusions et les restrictions relatives à l'assurance. Les termes courants du domaine de l'assurance sont expliqués plus loin dans le contrat sous le titre *Termes utilisés en assurance*.

Assurance de soins de longue durée Sun Life

Le numéro de votre contrat est : AV-1234,567-8

La date de votre contrat est : le 7 décembre 2009

Le propriétaire est : Mary Doe

La personne assurée est : Mary Doe
date de naissance : le 5 mai 1956

Garantie pour soins en établissement :

Prestation hebdomadaire 400 \$
Durée des prestations durée illimitée
Délai d'attente 30 jours

Exonération de la prime : Vous ne payez pas la prime pendant que nous versons des prestations en vertu de ce contrat.

Exonération de la prime du conjoint : Nous décrivons cette garantie plus loin dans le contrat sous le titre *Exonération de la prime du conjoint*.

[\(garantie facultative\)](#)

Protection contre l'inflation Nous décrivons cette garantie plus loin dans le contrat sous le titre *Protection contre l'inflation*.

[\(garantie facultative\)](#)

Remboursement des primes au décès : Nous décrivons cette garantie plus loin dans le contrat sous le titre *Remboursement des primes au décès*.

Les primes sont payables chaque mois : le 7 du mois, à compter du 7 décembre 2009

La prime que vous devez payer, frais de contrat compris : XXX,XX \$ par mois

Période de paiement des primes : Les primes sont payables tant que la personne assurée est vivante.

Sommaire du contrat (suite)

Ce contrat demeurera en vigueur jusqu'à ce que toutes les prestations aient été versées ou jusqu'au décès de la personne assurée, selon la première occurrence, pourvu que toutes les primes soient payées à leur échéance.

Ce contrat n'est pas un contrat avec participation. Il ne vous donne pas le droit de recevoir des participations.

SPÉCIMEN

F00003#B

Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours

Vous pouvez nous demander par écrit d'annuler votre contrat :

- dans les 10 jours qui suivent la date où vous l'avez reçu, ou
- dans les 60 jours qui suivent l'établissement du contrat, selon l'échéance qui survient en premier.

Lorsque nous recevons votre demande par écrit, nous vous rembourserons le montant que vous aviez payé. C'est ce que nous appelons une annulation de contrat.

Nous considérons que vous avez reçu votre contrat 5 jours après son expédition de notre bureau ou le jour où votre conseiller vous l'a livré.

La décision de mettre fin au contrat est un droit personnel qui vous appartient.

Toutes les obligations que nous avons assumées en vertu du contrat prennent fin immédiatement lorsque nous recevons votre demande d'annulation de contrat.

Pour mettre fin à votre contrat, envoyez votre demande par écrit à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

F00261#A

Garantie pour soins en établissement de l'assurance de soins de longue durée

Si la personne assurée dépend physiquement de l'aide d'une autre personne et reçoit des soins en établissement, selon la description donnée ci-dessous, et si cette situation persiste après le délai d'attente prévu, vous recevrez une prestation hebdomadaire à titre de propriétaire du contrat. Le délai d'attente, la durée des prestations et le montant de la prestation hebdomadaire sont indiqués au début de votre contrat sous le titre *Sommaire du contrat*.

Dépendance physique

Nous considérons que la personne assurée est physiquement dépendante :

- si elle souffre d'une détérioration des facultés mentales, comme nous le décrivons ci-dessous
- si elle a constamment besoin d'une aide physique importante de la part d'une autre personne pour accomplir entièrement, en toute sécurité, deux ou plusieurs des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous, ou
- si elle a constamment besoin d'une aide physique immédiate de la part d'une autre personne pour accomplir entièrement, en toute sécurité, deux ou plusieurs des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous. Une aide immédiate signifie que l'aidant doit être à portée de bras de la personne assurée chaque fois que cette dernière accomplit une activité de la vie quotidienne requérant une telle assistance.

Détérioration des facultés mentales

Nous considérons que la personne assurée souffre d'une détérioration de ses facultés mentales si elle a besoin d'être surveillée constamment par une autre personne pour protéger sa santé et sa sécurité physiques par suite de la détérioration ou de la perte des facultés suivantes :

- la mémoire à court terme ou à long terme
- le sens du temps et de l'orientation quant aux personnes et aux endroits
- le raisonnement, ou
- le jugement, en ce qui concerne le sens du danger.

La détérioration des facultés mentales doit être causée par une maladie cérébrale d'origine organique, comme la maladie d'Alzheimer et la démence irréversible, ou par une lésion ou blessure au cerveau. Cette détérioration des facultés mentales s'appelle également trouble cognitif.

La détérioration des facultés mentales est établie par un neurologue autorisé exerçant sa profession au Canada ou aux États-Unis et le diagnostic est basé sur des constatations cliniques, un bilan radiologique et des tests psychologiques.

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Se laver

Se laver avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels :

- dans une baignoire ou sous la douche, y compris prendre place dans la baignoire ou sous la douche et en sortir, ou
- en faisant sa toilette à l'éponge.

S'habiller

L'activité consistant à mettre, à retirer, à attacher et à défaire, avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels :

- des vêtements, et
- des orthèses et supports médicalement nécessaires ou des membres artificiels.

Nous considérons que la personne assurée ne dépend pas d'une autre personne pour s'habiller si des retouches ou des modifications raisonnables apportées aux vêtements qu'elle porte habituellement lui permettraient de s'habiller sans avoir besoin d'une aide physique importante.

Se nourrir

L'activité consistant à absorber de la nourriture, avec ou sans l'aide d'appareils ou accessoires fonctionnels :

- par la bouche, ou
- au moyen d'une sonde d'alimentation.

L'activité de se nourrir ne comprend pas la cuisson ou la préparation des repas.

Se servir des toilettes

Effectuer l'aller-retour aux toilettes, s'asseoir sur le siège des toilettes, se relever et accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels.

Se déplacer

Se coucher ou se lever du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels. Cela ne comprend pas le fait de prendre place dans une baignoire ou sous la douche et d'en sortir, puisque ceci est compris dans l'activité de se laver.

La continence

La capacité de maîtriser les fonctions de défécation (intestin) et de miction (vessie) ou encore la capacité de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle (y compris les soins requis pour un cathéter ou une poche de colostomie) si la personne assurée est incapable de maîtriser l'une ou l'autre fonction, ou les deux fonctions.

Les appareils ou accessoires fonctionnels sont des moyens qu'à notre avis la personne assurée pourrait utiliser pour améliorer ses capacités fonctionnelles. Les appareils ou accessoires fonctionnels comprennent, entre autres, sans s'y limiter, les lits réglables, les crochets à bouton, les cannes, les béquilles, les barres d'appui, les pommes de douche manuelles, les brosses pour le bain, les sièges élévateurs, les bancs de transfert, les cadres de marche et les fauteuils roulants.

Soins en établissement

On entend par soins en établissement les soins dispensés à la personne assurée dans un établissement de soins de longue durée situé au Canada. Un établissement similaire situé aux États-Unis pourra être admissible, sous réserve de notre approbation.

Par établissement de soins de longue durée, on entend un établissement qui :

- fonctionne dans le respect des lois et des normes établies pour ce genre d'établissement dans la province, le territoire ou le district de juridiction où il est situé
- applique un plan de traitement et d'observation (le programme de soins de l'établissement pour la personne assurée) qui respecte les normes existantes de la pratique médicale pour le problème de santé qui justifie le séjour de la personne assurée, et
- offre des services dispensés dans l'établissement par un médecin ou par une infirmière autorisée ou sous leur supervision permanente, 24 heures sur 24. Le médecin ou l'infirmière autorisée qui offre le programme de soins de l'établissement pour la personne assurée doit détenir le permis réglementaire pour l'exercice de sa profession et pratiquer au Canada ou aux États-Unis.

L'établissement de soins de longue durée doit être la résidence principale de la personne assurée tant qu'elle est toujours physiquement dépendante.

Cas où nous ne payons pas les prestations (Exclusions et réductions de l'assurance)

Le contrat prendra fin et nous ne verserons pas de prestations si la dépendance physique de la personne assurée a commencé avant celle des dates suivantes qui tombe en dernier :

- la date où ce contrat est entré en vigueur ou
- la date de la remise en vigueur la plus récente, si ce contrat a été remis en vigueur à un moment donné.

Nous ne verserons pas de prestations pour les périodes pendant lesquelles la personne assurée est à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

Nous ne verserons pas de prestations lorsque la personne assurée reçoit des soins :

- dans un établissement ou une section d'un établissement offrant surtout un programme d'information ou de sensibilisation ou un programme de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme ou de chimiodépendance
- dans un établissement de soins de jour pour adultes ou
- dans une maison de retraite.

Nous ne paierons pas de prestations si la dépendance physique de la personne assurée est directement ou indirectement due ou reliée au fait que la personne assurée conduisait un véhicule alors qu'elle avait un taux d'alcool dans le sang supérieur à 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang. On entend par véhicule tout appareil de transport terrestre, aérien ou maritime qu'on peut mettre en mouvement par un moyen quelconque, y compris la force musculaire. Nous ne tenons pas compte du fait que le véhicule était en mouvement ou non.

De plus, nous ne paierons pas de prestations si la dépendance physique de la personne assurée est directement ou indirectement due ou reliée au fait que la personne assurée :

- commettait ou tentait de commettre une infraction criminelle
- a tenté de se donner la mort, qu'elle ait été saine d'esprit ou non
- s'est infligé des blessures corporelles, qu'elle ait été saine d'esprit ou non

- a pris intentionnellement une drogue ou un médicament qui n'a pas été prescrit par un professionnel de la santé autorisé ou si elle n'a pas suivi les directives d'utilisation
- a pris intentionnellement une substance intoxicante, un narcotique ou une substance toxique. Cela ne comprend pas les cigarettes, les cigarillos, les cigares, le tabac à chiquer ni la consommation occasionnelle d'alcool.

Nous ne paierons pas de prestations si la dépendance physique de la personne assurée est directement ou indirectement associée ou liée à un désordre civil ou à une guerre, qu'elle soit déclarée ou non.

[F00271#A](#)

Pour demander les prestations de la Garantie pour soins en établissement

Pour demander des prestations, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir pour faire la demande. La personne qui fait la demande doit remplir le formulaire et nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer sa demande.

Vous devez envoyer le formulaire et les renseignements demandés à l'adresse suivante :

Services de règlement de l'individuelle
 Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
 227, rue King Sud
 C.P. 1601, succ. Waterloo
 Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Vous devez continuer à payer vos primes jusqu'à ce que nous vous informions que nous avons accepté votre demande de prestations.

La demande doit être présentée pendant que ce contrat est en vigueur.

Vous devez remplir le formulaire et nous le retourner dans les 120 jours suivant la date où la personne assurée a commencé son séjour dans un établissement de soins de longue durée.

Si nous ne recevons pas le formulaire avant la fin du délai de 120 jours, nous considérerons tout de même la demande de prestations si les conditions suivantes sont remplies :

- vous nous fournissez la preuve de la dépendance physique et de l'admission dans un établissement de soins de longue durée dès que raisonnablement possible
- vous démontrez, à notre satisfaction, qu'il n'était pas raisonnablement possible de nous fournir la preuve requise dans le délai de 120 jours, et
- nous recevons la preuve requise dans les 12 mois qui suivent la date où la personne assurée a commencé son séjour dans un établissement de soins de longue durée.

Il se peut que le médecin demande des honoraires pour remplir certains formulaires. Ces frais sont à la charge de la personne qui demande les prestations.

La personne qui demande les prestations doit nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer la demande, y compris :

- la preuve que la personne assurée est physiquement dépendante
- la preuve que la personne assurée reçoit des soins dans un établissement de soins de longue durée
- le programme de soins de l'établissement
- les dossiers médicaux, et

- une déclaration écrite décrivant le problème de santé, les restrictions et les capacités fonctionnelles de la personne assurée. Cette déclaration doit être signée par un médecin ou par un professionnel de la santé que nous jugeons acceptable. Le médecin qui signe la déclaration doit détenir un permis de pratique de la médecine et exercer sa profession au Canada ou aux États-Unis.

Nous devons vérifier l'âge de la personne assurée. Si l'âge indiqué dans la proposition d'assurance est inexact, nous rajusterons le montant hebdomadaire des prestations et le maximum viager, s'il y a lieu, pour qu'ils correspondent à l'âge véritable de la personne assurée.

Le médecin, le spécialiste ou le professionnel de la santé qui nous fournit des renseignements ne peut être ni le propriétaire du contrat, ni la personne assurée, ni une personne ayant le droit de faire une demande de prestations aux termes de ce contrat. Il ne peut pas non plus être un membre de la famille ni un associé de ces personnes.

Nous pouvons exiger que la personne assurée soit examinée par des professionnels de la santé que nous désignerons. Ces professionnels peuvent être, entre autres, des médecins, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des psychiatres ou des psychologues dûment autorisés à exercer leur profession. Nous payons les frais de ces consultations.

Nous aurons peut-être besoin d'une autorisation de la personne assurée nous permettant d'obtenir et d'utiliser des renseignements d'autres assureurs ou d'organismes gouvernementaux.

Versement des prestations de la Garantie pour soins en établissement

Nous payons les prestations de la Garantie pour soins en établissement lorsque la dépendance physique de la personne assurée et ses soins en établissement continuent après la fin du délai d'attente prévu pour cette garantie. Les prestations sont payables à compter du jour qui suit la fin du délai d'attente. S'il n'y a pas de délai d'attente, les prestations sont payables à compter de la date où la personne assurée qui est physiquement dépendante commence à recevoir des soins en établissement.

Pour continuer d'avoir droit aux prestations

Pour continuer d'avoir droit aux prestations, la personne assurée doit

- demeurer physiquement dépendante
 - recevoir des soins en établissement
 - être traitée de manière continue par un médecin
 - suivre les recommandations médicales de son médecin, et
 - faire des efforts raisonnables pour participer à un programme de réadaptation approprié qui est offert.
- De temps à autre, nous demanderons une preuve jugée satisfaisante à notre avis que la personne assurée est encore physiquement dépendante et continue de recevoir des soins en établissement. Les frais engagés pour l'obtention de cette preuve seront à votre charge.

Cessation des prestations de la Garantie pour soins en établissement

Si vous avez choisi une période de versement à durée fixe, nous cessons de payer les prestations de la Garantie pour soins en établissement lorsqu'elles ont été versées pendant le nombre total de semaines prévu.

Nous cessons également de verser les prestations lorsque la personne assurée :

- n'est plus physiquement dépendante
- ne reçoit plus de soins en établissement
- ne suit pas les recommandations médicales de son médecin
- n'est plus traitée de manière continue par un médecin
- ne fait pas d'efforts raisonnables pour participer à un programme de réadaptation approprié qui est offert ou refuse de participer à un tel programme, ou
- décède.

Pour faire une nouvelle demande après la cessation des prestations

Un nouveau délai d'attente doit être respecté avant que nous puissions recommencer à verser des prestations.

Toutefois, si nous recevons la preuve que la personne assurée est de nouveau admissible aux prestations dans les 180 jours suivant la cessation de nos paiements, le délai d'attente ne s'appliquera pas.

Si vous avez choisi une durée fixe pour les prestations de la Garantie pour soins en établissement, la durée de vos nouvelles prestations sera réduite du nombre de paiements hebdomadaires que nous avons déjà effectués relativement à des demandes antérieures.

[F00428#A](#)

Exonération de la prime du conjoint

Cette garantie est automatiquement incluse dans votre contrat et elle s'applique si le conjoint de la personne assurée est également assuré par un contrat d'assurance de soins de longue durée que nous avons établi (appelé ci-après « l'autre contrat ») Aux termes de cette garantie, vous pouvez cesser de payer les primes tout en gardant votre contrat en vigueur, pourvu que toutes les conditions décrites ci-dessous soient remplies. C'est ce que nous appelons l'exonération de la prime.

On entend par « conjoint » la personne qui est mariée à la personne assurée ou unie civilement à la personne assurée, ou encore la personne qui vit maritalement avec la personne assurée depuis au moins 12 mois consécutifs.

Cas où nous accordons l'exonération de la prime

Pour avoir droit à cette garantie, il faut que les deux contrats aient été en vigueur, sans aucune interruption ni demande de prestations, depuis leur date d'établissement et

- jusqu'à ce que les deux contrats aient atteint leur 10^e anniversaire contractuel, ou
- jusqu'à ce que les deux conjoints aient atteint l'âge de 86 ans.

Nous accorderons l'exonération de la prime du présent contrat :

- si nous versons des prestations pour l'autre contrat
- si le conjoint de la personne assurée décède pendant que l'autre contrat est en vigueur, ou
- si nous avons versé le nombre total de prestations hebdomadaires prévu pour une période de versement de l'autre contrat, dans le cas où l'autre contrat prévoit une durée des prestations fixe.

Cas où nous n'accordons pas l'exonération de la prime

L'exonération de la prime ne sera pas accordée :

- si nous versions des prestations aux termes de l'autre contrat à la date où la proposition d'assurance du présent contrat a été signée, ou
- si les primes requises n'ont pas été payées pour les deux contrats.

Début de l'exonération de la prime

Vous devez continuer à payer vos primes jusqu'à ce que nous vous informions que nous n'exigeons plus leur paiement. Si vous payez des primes dont nous vous exonérons par la suite, nous créditerons le montant approprié à votre compte de primes remboursable.

Fin de l'exonération de la prime

Si nous cessons de verser les prestations pour l'autre contrat parce que le conjoint de la personne assurée n'y a plus droit, nous mettrons également fin à l'exonération de la prime du présent contrat. Cependant, si le conjoint de la personne assurée recommence à recevoir des prestations, vous pourriez bénéficier de nouveau de l'exonération de la prime de ce contrat.

Pour demander l'exonération de la prime du conjoint

Pour demander cette garantie, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début de votre contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir pour faire la demande. La personne qui fait la demande doit nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer sa demande.

[F00435#A \(garantie facultative\)](#)

Protection contre l'inflation

Hausses des prestations de la Garantie pour soins en établissement

À chaque anniversaire du contrat, la prestation hebdomadaire de la Garantie pour soins en établissement augmente au taux de 2 %, composé annuellement, à moins que des prestations soient alors payables aux termes de cette garantie du contrat.

À chaque anniversaire du contrat, si des prestations sont payables aux termes de la Garantie pour soins en établissement, la prestation hebdomadaire augmente au taux de 3 %, composé annuellement.

Lorsque nous calculons votre augmentation, nous arrondissons le montant au dollar le plus près.

[F00486#A \(garantie facultative\)](#)

Remboursement des primes au décès

Si la personne assurée décède pendant que ce contrat est en vigueur, nous vous versons, à vous qui êtes le propriétaire du contrat ou à votre succession, le Remboursement des primes au décès prévu au contrat.

Le Remboursement des primes au décès est calculé en multipliant le montant de prime remboursable par le pourcentage applicable selon le tableau ci-dessous. Si nous avons versé le nombre maximal de prestations hebdomadaires prévu pour la période de versement, le montant de prime remboursable pour la garantie est égal à zéro.

Le montant du remboursement des primes au décès comprend :

- toutes les primes payées, y compris les frais de contrat, pour ce contrat
- **moins** les primes payées pour la garantie Protection contre l'inflation, si celle-ci est comprise dans le contrat
- **moins** le montant des prestations d'assurance de soins de longue durée que nous avons versées, le cas échéant.

Pourcentages utilisés pour le calcul du Remboursement des primes au décès

Nombre d'années complètes écoulées depuis l'entrée en vigueur de votre contrat	Pourcentage	Nombre d'années complètes écoulées depuis l'entrée en vigueur de votre contrat	Pourcentage
1	5 %	11	55 %
2	10 %	12	60 %
3	15 %	13	65 %
4	20 %	14	70 %
5	25 %	15	75 %
6	30 %	16	80 %
7	35 %	17	85 %
8	40 %	18	90 %

Nombre d'années complètes écoulées depuis l'entrée en vigueur de votre contrat	Pourcentage	Nombre d'années complètes écoulées depuis l'entrée en vigueur de votre contrat	Pourcentage
9	45 %	19	95 %
10	50 %	20 ou plus	100 %

Voici un exemple :

Supposons que le contrat était en vigueur depuis 10 ans lorsque la personne assurée est décédée.

Le montant de prime remboursable est établi comme suit :

- les primes payées, y compris les frais de contrat : 15 000 \$
- **moins** le montant des prestations d'assurance de soins de longue durée que nous avons versées : 5 000 \$
- **ce qui donne le montant suivant : 10 000 \$**

Le montant du Remboursement des primes au décès = A x B %

A = le montant de prime remboursable (10 000 \$)

B = le pourcentage figurant au tableau ci-dessus qui correspond au nombre d'années écoulées depuis l'entrée en vigueur du contrat (10 ans)

Le montant du Remboursement des primes au décès = 10 000 \$ x 50 % = 5 000 \$

Cas où nous ne payons pas le Remboursement des primes au décès (Exclusions et réductions de l'assurance)

Nous ne paierons pas la garantie Remboursement des primes au décès si votre contrat reste en vigueur en vertu de la clause de prolongation d'assurance décrite à la section intitulée *Prolongation d'assurance*.

Pour demander le Remboursement des primes au décès

Pour demander ce remboursement, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir pour faire la demande. La personne qui fait la demande doit remplir le formulaire et nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer la demande.

La personne qui demande le remboursement doit nous fournir :

- la preuve que la personne assurée est décédée pendant que ce contrat était en vigueur, et
- tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer la demande.

Vous devez envoyer le formulaire et les renseignements demandés à l'adresse suivante :

Services de règlement de l'individuelle
 Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
 227, rue King Sud
 C.P. 1601, succ. Waterloo
 Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Paiement de votre contrat

Primes du contrat

Vous devez payer les primes requises durant la période de paiement des primes. Toutes les primes doivent être payées à leur échéance. Vous devez faire vos paiements à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Nous nous réservons le droit de refuser les paiements en espèces.

Le montant de la prime, le jour où les primes sont payables et la période de paiement des primes sont indiqués au début de votre contrat sous le titre *Sommaire du contrat*. Nous vous aviserons de tout changement du montant de votre prime.

Si vous ne payez pas une prime à sa date d'échéance, nous retirerons le montant nécessaire de votre compte de primes remboursable s'il contient un montant suffisant pour payer la prime.

Vous n'avez pas à payer les primes :

- pendant que nous versons des prestations aux termes de ce contrat
- pendant une période d'exonération de la prime, telle que décrite à la section intitulée *Exonération de la prime du conjoint, ou*
- pendant que la clause de prolongation d'assurance est en vigueur.

Compte de primes remboursable

Si vous versez à votre contrat plus que le montant requis pour la prime, nous déposerons l'excédent dans un compte de primes remboursable. Il se peut que nous fixions un maximum quant au montant que vous pouvez détenir dans ce compte. Vous pouvez toujours vous servir de cet argent pour payer les primes.

Les fonds de votre compte de primes remboursable rapporteront un intérêt quotidien. Nous fixons le taux d'intérêt tous les jours en fonction des taux d'intérêt à court terme. L'intérêt gagné sur le compte de primes remboursable est imposable.

Vous avez le droit de retirer de l'argent de votre compte de primes remboursable n'importe quand. Les retraits doivent respecter nos règles établies quant au montant minimum que vous pouvez retirer.

Nous pourrions exiger des frais pour ces retraits. Nous fixons le montant des frais demandés, le cas échéant.

Votre prime totale peut changer tous les 5 ans

Lorsque ce contrat est en vigueur depuis 5 ans, nous nous réservons le droit de changer le montant de votre prime totale. Nous pouvons changer la prime à l'anniversaire du contrat seulement. Si nous modifions votre prime, nous ne pouvons pas la changer de nouveau avant au moins 5 ans. Nous vous aviserons de tout changement du montant de votre prime.

Pour les changements de la prime, nous utilisons l'âge qu'avait la personne assurée à l'établissement du contrat. La santé de la personne assurée ou son degré d'autonomie fonctionnelle au moment du changement de la prime sont des facteurs dont on ne tient pas compte pour fixer le nouveau montant de la prime.

Si les primes ne sont pas payées

Votre contrat prendra fin :

- si nous ne recevons pas la prime requise dans les 31 jours qui suivent son échéance
- si le compte de primes remboursable ne contient pas suffisamment d'argent pour couvrir la prime requise, et
- si votre contrat ne peut pas demeurer en vigueur aux termes de la clause de prolongation d'assurance, décrite plus loin dans le contrat sous le titre *Prolongation d'assurance*.

Pour éviter que votre contrat ne prenne fin, nous devons recevoir un paiement minimum avant la fin du 31^e jour qui suit sa date d'échéance. Nous vous indiquerons le montant du paiement minimum.

Pour remettre votre contrat en vigueur s'il a pris fin (remise en vigueur)

Preuves d'assurabilité requises

Si votre contrat a pris fin en raison du non-paiement des primes, vous pouvez en demander la remise en vigueur.

Si vous voulez le remettre en vigueur, vous devez :

- faire la demande du vivant de la personne assurée
- faire la demande dans un délai de deux ans suivant la date où vous avez cessé de payer les primes
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité que nous jugeons satisfaisantes, et
- régler toutes les primes impayées plus les intérêts et les frais d'administration, le cas échéant. Nous vous indiquerons le montant que vous devez payer.

Aucunes preuves d'assurabilité requises

Les preuves d'assurabilité ne sont pas requises si vous avez cessé de payer les primes pendant que la personne assurée était physiquement dépendante et recevait des soins en établissement. Dans cette situation, si vous voulez remettre en vigueur votre contrat, vous devez :

- faire la demande du vivant de la personne assurée
- faire la demande après la fin du délai d'attente prévu
- faire la demande dans un délai d'un an suivant la date où vous avez cessé de payer les primes
- nous fournir une preuve, satisfaisante à notre avis, de la dépendance physique de la personne assurée et de la durée de cette dépendance, et
- régler toutes les primes impayées plus les intérêts et les frais d'administration, le cas échéant. Nous vous indiquerons le montant que vous devez payer.

Si nous n'approuvons pas votre demande, nous vous rembourserons tout paiement qui l'accompagnait.

Prolongation d'assurance

Si les primes ne sont pas payées et si le contrat est en vigueur depuis au moins 5 ans

Votre contrat peut être maintenu en vigueur pendant une période limitée (suivant la clause appelée prolongation d'assurance), sous réserve des restrictions mentionnées ci-dessous, si les conditions suivantes sont remplies :

- nous ne recevons pas la prime requise dans les 31 jours qui suivent son échéance
- le compte de primes remboursable ne contient pas suffisamment d'argent pour couvrir la prime requise, et
- votre contrat était en vigueur depuis au moins 5 ans le jour précédant la date d'échéance de la prime impayée.

Si les garanties incluses dans ce contrat demeurent en vigueur aux termes de la clause de prolongation d'assurance, nous ne changerons pas le montant de prestation hebdomadaire, la durée des prestations ni le délai d'attente. Vous n'avez pas à payer les primes pendant que cette clause est en vigueur.

Restrictions

Pendant que votre contrat reste en vigueur grâce à la prolongation d'assurance :

- nous ne paierons aucun montant aux termes de la garantie Remboursement des primes au décès et
- nous ne ferons aucune augmentation aux termes de la garantie Protection contre l'inflation.

Durée de la prolongation d'assurance

Pour déterminer à quel moment votre contrat prendra fin, veuillez vous reporter au tableau ci-dessous et procéder comme suit :

- trouvez le nombre d'années complètes écoulées depuis l'entrée en vigueur de votre contrat
- trouvez la période de prolongation correspondante
- si une période de prolongation d'assurance est indiquée, ajoutez cette période à compter de l'anniversaire du contrat qui suit la date d'échéance de la prime impayée.

Nombre d'années complètes écoulées depuis l'entrée en vigueur de votre contrat	Période de prolongation - Garantie pour soins en établissement (années)
5	1
6	2
7	2
8	3
9	3
10	3
11	3
12	3
13	3
14	3
15	3
16	2

Si la durée de votre contrat excède le nombre d'années indiqué dans le tableau ci-dessus, votre contrat ne prévoit plus la prolongation d'assurance.

Réversion de la prolongation d'assurance

Si votre contrat est maintenu en vigueur en vertu de la clause de prolongation d'assurance, vous pouvez nous demander de le ramener à son état antérieur (réversion de la clause) et recommencer à payer les primes.

Preuves d'assurabilité requises

Si vous voulez exercer votre droit de réversion de la prolongation d'assurance, vous devez :

- faire la demande du vivant de la personne assurée
- faire la demande dans un délai de deux ans suivant la date où vous avez cessé de payer les primes
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité que nous jugeons satisfaisantes, et
- régler toutes les primes impayées plus les intérêts et les frais d'administration, le cas échéant. Nous vous indiquerons le montant que vous devez payer.

Aucunes preuves d'assurabilité requises

Les preuves d'assurabilité ne sont pas requises si vous avez cessé de payer les primes pendant que la personne assurée était physiquement dépendante et recevait des soins en établissement. Dans ce cas, si vous voulez exercer votre droit de réversion de la prolongation d'assurance, vous devez :

- faire la demande du vivant de la personne assurée
- faire la demande après la fin du délai d'attente prévu
- faire la demande dans un délai d'un an suivant la date où vous avez cessé de payer les primes
- nous fournir une preuve, satisfaisante à notre avis, de la dépendance physique de la personne assurée et de la durée de cette dépendance, et
- régler toutes les primes impayées plus les intérêts et les frais d'administration, le cas échéant. Nous vous indiquerons le montant que vous devez payer.

Si nous n'approuvons pas votre demande, nous vous rembourserons tout paiement qui l'accompagnait.

[F00840#A](#)

Droit de mettre fin au contrat

Vous pouvez mettre fin à ce contrat n'importe quand. La décision de mettre fin au contrat est un droit personnel qui vous appartient.

Votre contrat prendra fin à la date où nous recevons votre demande ou à n'importe quelle date ultérieure que vous aurez indiquée dans votre demande. Pour mettre fin à votre contrat, envoyez votre demande par écrit à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Si vous nous demandez de mettre fin à votre contrat dans les 10 premiers jours suivant la date où vous l'avez reçu, nous traiterons cette demande comme une annulation de contrat. Nous l'expliquons plus haut dans votre contrat sous le titre *Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours*.

Si vous nous demandez de mettre fin à votre contrat après les 10 premiers jours suivant la date où vous l'avez reçu, nous vous paierons :

- le solde du compte de primes remboursable
- **moins**, s'il y a lieu, les primes impayées plus l'intérêt couru.

Toutes les obligations que nous avons assumées en vertu du contrat prennent fin immédiatement lorsque nous recevons votre demande de fin de contrat ou ces obligations prennent fin à la date ultérieure que vous aurez indiquée dans votre demande.

[F00853#A](#)

Expiration de votre contrat

Si votre contrat n'a pas pris fin pour une autre raison décrite précédemment, il prendra fin automatiquement à celle des dates suivantes qui survient en premier :

- la date du décès de la personne assurée, ou
- la date où les prestations ont été versées pendant le nombre total de semaines stipulé selon les garanties incluses dans le contrat, si vous aviez choisi une durée fixe de versement.

Après cette date, aucune prestation n'est payable en vertu de ce contrat. À la date où le contrat prend fin, nous vous rembourserons, à vous-même ou à votre succession, le solde du compte de primes remboursable, s'il en est.

Autres renseignements sur votre contrat

Notre contrat avec vous

Les documents suivants forment l'ensemble de notre contrat avec vous :

- votre proposition d'assurance, y compris les preuves d'assurabilité, et
- le présent document contractuel, aussi appelé police.

Toutes nos obligations envers vous sont contenues dans les documents précités. Aucun autre document ne fait partie du contrat, pas plus que les déclarations verbales quelles qu'elles soient. Aucune modification de ce contrat ou d'une partie quelconque de ce contrat ni aucune renonciation à l'une de ses dispositions n'est valable sans une modification écrite signée par deux dirigeants dûment autorisés de la compagnie.

Monnaie du contrat

Tous les montants cités dans ce contrat sont en dollars canadiens.

Transfert du contrat (Cession)

Il est possible que vous puissiez transférer à quelqu'un d'autre les droits que vous donne ce contrat en le cédant à cette personne. Nous ne sommes pas responsables de la validité juridique de la cession. Si vous cédez le contrat, envoyez un avis de cession à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Termes utilisés en assurance

Les explications suivantes vous aideront à comprendre certains termes du domaine de l'assurance qui s'appliquent à votre contrat.

Durée des prestations

Le nombre maximum de semaines pendant lesquelles les prestations d'assurance de soins de longue durée sont payables. La durée des prestations est une période totale fixe qui ne recommence pas à zéro lorsqu'une nouvelle demande est présentée.

Preuves d'assurabilité

Les renseignements médicaux, les antécédents médicaux personnels et familiaux, ainsi que les renseignements financiers et relatifs au style de vie dont l'assureur peut avoir besoin pour approuver votre proposition d'assurance.

Date du contrat

La date où votre contrat d'assurance prend effet. Cette date est indiquée au début de votre contrat sous le titre *Sommaire du contrat*.

Anniversaire du contrat

L'anniversaire du contrat survient chaque année, le même jour et le même mois que la date du contrat.

Prime

Le montant payé pour acheter un contrat d'assurance et le maintenir en vigueur.