

**Assurance maladies graves SunSpectrum temporaire
(la personne assurée est âgée entre 2 et 19 ans)**

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

Particularités du contrat	3
Tableau des primes	5
Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours.....	6
Maladies graves couvertes par l'assurance.....	6
Prestation d'assurance maladies graves.....	15
Pour faire une demande de prestation d'assurance maladies graves.....	17
Garantie Exonération en cas d'invalidité.....	18
Garantie Remboursement des primes au décès.....	22
Paie ment de votre contrat.....	22
Pour demander la classification de non-fumeur.....	23
Droit de transformer votre contrat en contrat d'assurance maladies graves permanente	24
Droit de mettre fin au contrat.....	25
Fin du contrat	25
Autres renseignements sur votre contrat.....	26
Termes utilisés en assurance	26
Conditions légales.....	27

Particularités 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 maladies graves SunSpectrum temporaire

Le numéro de votre contrat est : AV-XXXX,XXX-X

La date de votre contrat est : le 7 décembre 2009

Le propriétaire est : John Doe

La personne assurée est : Mary Doe
date de naissance : le 10 mars XXXX

Prestation d'assurance maladies graves :

Maladies graves couvertes du Groupe 1 XXX XXX \$ pour Mary Doe

Maladies graves couvertes du Groupe 2 Nous expliquons le montant que nous versons plus loin dans le contrat sous le titre *Prestation d'assurance maladies graves*.

Date où votre contrat prend fin : le 7 décembre XXXX

(garantie facultative)

Exonération en cas d'invalidité : pour Mary Doe
Date d'expiration : le 7 décembre XXXX

Garantie Remboursement des primes au décès :

Si la personne assurée décède pendant que ce contrat est en vigueur, veuillez vous reporter à la partie intitulée *Garantie Remboursement des primes au décès* plus loin dans ce contrat.

Le bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves est la personne nommée dans votre proposition, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

Le bénéficiaire du remboursement des primes au décès est la personne nommée dans votre proposition, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

Ce contrat d'assurance temporaire fournit de l'assurance pendant un certain nombre d'années seulement.

Vous pouvez demander la transformation de ce contrat en contrat d'assurance permanente maladies graves, au plus tôt, le jour du 20^e anniversaire de la personne assurée. La date finale de transformation est le 7 décembre XXXX. C'est le dernier jour où vous puissiez transformer votre contrat.

Particularités du contrat (suite)

Le tableau des primes qui se trouve dans ce contrat décrit les garanties de primes dont vous bénéficiez.

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

SPÉCIMEN

Tableau des primes

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

Les primes figurant dans ce tableau sont garanties pendant que ce contrat est en vigueur.

À l'anniversaire du contrat qui suit le 21^e anniversaire de naissance de la personne assurée, nous lui attribuerons la classification fumeur et la prime augmentera, comme l'indique le tableau ci-dessous. Nous expliquons comment procéder pour demander que la classification passe de fumeur à non-fumeur sous le titre *Pour demander la classification non-fumeur*. Si nous approuvons votre demande, nous changerons la classification de la personne assurée de fumeur à non-fumeur. Nous déterminerons la nouvelle prime d'après le tarif qui était en vigueur, à la date du contrat, pour un non-fumeur du même sexe et du même âge que la personne assurée.

Primes garanties

- (1) Prestation d'assurance maladies graves
- (2) Garantie Exonération en cas d'invalidité

À compter du	(1)	(2)	Prime annuelle (\$)	Prime mensuelle (\$)
7 déc XXXX	X XXX,XX	XXX,XX	X XXX,XX	XXX,XX
7 déc XXXX	X XXX,XX	XXX,XX	X XXX,XX	XXX,XX
7 déc XXXX	X XXX,XX	XXX,XX	X XXX,XX	XXX,XX
7 déc XXXX	le contrat prend fin			

F00009#I

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

Vous pouvez nous demander par écrit d'annuler votre contrat à la première des dates suivantes :

- dans les 10 jours suivant la date où vous l'avez reçu, ou
- dans les 60 jours suivant l'établissement du contrat.

Lorsque nous recevons votre demande par écrit, nous vous rembourserons le montant que vous avez 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 d'annuler votre contrat est un droit personnel; il vous appartient en propre. L'annulation a des effets à votre égard et à l'égard des bénéficiaires que vous avez nommés, qu'ils soient révocables ou irrévocables.

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

Pour annuler 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

F00187#D

Maladies graves couvertes par l'assurance

Ce contrat couvre uniquement les maladies graves décrites ci-dessous. Les maladies, les affections ou les interventions qui ne sont pas explicitement mentionnées ne sont pas couvertes. Pour avoir droit au paiement d'une prestation d'assurance maladies graves, on doit remplir toutes les exigences relatives à une maladie grave couverte du Groupe 1 ou du Groupe 2 et le présent contrat doit être en vigueur.

Le diagnostic et le traitement de toute maladie grave couverte par l'assurance doivent être faits par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis. Un spécialiste est un médecin qui détient un permis d'exercice et a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. S'il est impossible de consulter un spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié sous réserve de notre approbation.

Le diagnostic, le traitement, les tests ou examens effectués afin de satisfaire à la définition de la maladie grave couverte ne peuvent être effectués par un spécialiste ou un professionnel de la médecine qui est :

- le propriétaire du contrat
- une personne assurée par ce contrat
- une personne qui a le droit de faire une demande de prestation aux termes de ce contrat, ou
- un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de ces personnes.

Chaque définition de maladie grave couverte comporte une période de survie. La personne assurée doit être en vie à la fin de cette période.

Maladies graves couvertes du Groupe 1

Accident vasculaire cérébral

Un accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

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

Brûlures sévères

Les brûlures sévères sont définies comme le diagnostic formel de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date où elle a subi les brûlures sévères.

Cancer

Le cancer est défini comme un diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Cette définition ne couvre pas ce qui suit :

- carcinome in situ
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V)
- tout cancer de la peau autre que le mélanome et qui n'est pas métastatique (ne s'est pas propagé à des organes éloignés), ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si dans les 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat
- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,

- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

Vous devez nous communiquer les renseignements susmentionnés dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par le traitement d'un cancer.

Cécité

La cécité est définie comme un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Chirurgie coronarienne

La chirurgie coronarienne est définie comme une chirurgie du coeur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par «aorte» l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Coma

Le coma est défini comme le diagnostic formel d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant les 96 heures.

Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

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

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

La crise cardiaque (infarctus du myocarde) est définie comme le diagnostic formel de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque

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

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

La crise cardiaque ne comprend pas :

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

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

L'infection au VIH dans le cadre de l'occupation est définie comme un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'emploi de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus récente des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat
- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat.

La prestation relative à cette affection ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- la blessure accidentelle doit nous être déclarée dans les 14 jours suivant l'accident
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis
- la blessure accidentelle doit être déclarée, faire l'objet d'une enquête et être documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la deuxième sérologie du VIH décrite ci-dessus.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

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

Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est définie comme le diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est définie comme le diagnostic formel d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de 8 heures au minimum.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ni pour les maladies psychiatriques.

Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est définie comme le diagnostic formel de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). La personne assurée doit avoir besoin d'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne suivantes.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- Prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- Se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.
- Faire sa toilette : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- Être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- Se mouvoir : capacité de se mettre au lit et d'en sortir, de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- Se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

Le diagnostic de maladie de Parkinson doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit remplir les conditions énoncées ci-dessus et survivre pendant 30 jours après la date où toutes ces conditions sont remplies.

Exclusion

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du neurone moteur

La maladie du neurone moteur est définie comme le diagnostic formel d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies.

Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Paralysie

La paralysie est définie comme le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant au moins 90 jours après la date de l'événement déclencheur.

Perte de la parole

La perte de la parole est définie comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours.

Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 180 jours après la date du diagnostic.

Exclusion

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres

La perte de membres est définie comme la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Remplacement des valves du coeur

Le remplacement des valves du coeur est défini comme le remplacement chirurgical de toute valve du coeur par une valve naturelle ou mécanique.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusion

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans le cas d'une réparation de valve cardiaque.

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques est définie comme le diagnostic formel d'au moins un des troubles suivants :

- au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou

- des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
- un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Surdité

La surdité est définie comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Transplantation d'un organe vital

La transplantation d'un organe vital est définie comme le diagnostic formel d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente

La transplantation d'un organe vital sur liste d'attente est définie comme le diagnostic formel d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux  tats-Unis qui effectue la forme de transplantation requise.

La date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe vital doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Tumeur cérébrale bénigne

La tumeur cérébrale bénigne est définie comme le diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques document s et irréversibles.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas de microad nomes pituitaires de moins de 10 mm.

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si dans les 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat
- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue dans ce contrat).

Vous devez nous communiquer les renseignements susmentionnés dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par le traitement d'une tumeur cérébrale bénigne.

Maladies graves de l'enfance couvertes par l'assurance

Ce contrat couvre les maladies graves de l'enfance décrites ci-dessous. Les maladies, les affections ou les interventions qui ne sont pas explicitement mentionnées ne sont pas couvertes. L'assurance prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- le 24^e anniversaire de la personne assurée
- la date du décès de la personne assurée, ou
- la date à laquelle le contrat prend fin.

Cardiopathie congénitale

La cardiopathie congénitale est définie comme le diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques suivantes couvertes par l'assurance ou l'une des affections cardiaques décrites ci-dessous pour lesquelles une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée afin d'y remédier.

Affections cardiaques couvertes par l'assurance :

- Coarctation de l'aorte
- Maladie d'Ebstein
- Syndrome d'Eisenmenger
- Tétralogie de Fallot
- Transposition des gros vaisseaux

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit :

- être posé par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada et exerçant sa profession au Canada ou par un autre médecin que nous jugeons acceptable, et
- être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables.

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Affections cardiaques couvertes par l'assurance si une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée

Les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles :

- Communication interauriculaire
- Communication interventriculaire
- Rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré
- Sténose aortique
- Sténose pulmonaire

Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :

- Fermeture percutanée de la communication interauriculaire
- Interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée.

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un spécialiste et la chirurgie doit :

- être recommandée par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada et exerçant sa profession au Canada ou par un autre médecin que nous jugeons acceptable
- être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables, et
- être effectuée par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada et exerçant sa profession au Canada ou par un autre médecin que nous jugeons acceptable.

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Diabète sucré de type 1

Le diabète sucré de type 1 est défini comme un diagnostic formel de diabète sucré de type 1 qui se manifeste chez la personne assurée par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins 3 mois consécutifs.

Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Dystrophie musculaire

La dystrophie musculaire est définie comme un diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez la personne assurée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et la biopsie musculaire.

Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Fibrose kystique

La fibrose kystique est définie comme un diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la personne assurée par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Le diagnostic de fibrose kystique doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale est définie comme le diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui affecte le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Maladies graves couvertes du Groupe 2

Angioplastie coronarienne

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

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette intervention. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de l'intervention.

Cancer

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

Le cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Le diagnostic de cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Carcinome canalaire in situ du sein

Le carcinome canalaire in situ du sein est un cancer non invasif qui doit être confirmé par une biopsie.

Le diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Mélanome malin au stade 1A

Le mélanome malin au stade 1A est un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, confirmé par une biopsie, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

Le diagnostic de mélanome malin au stade 1A doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

F00281#C

Prestation d'assurance maladies graves

Nous versons une prestation d'assurance maladies graves au bénéficiaire de cette prestation si la personne assurée a une maladie grave couverte du Groupe 1 ou du Groupe 2, comme nous l'avons expliqué plus haut dans ce contrat.

Maladies graves couvertes du Groupe 1

Si la personne assurée remplit les conditions relatives à une maladie grave couverte du Groupe 1, nous verserons la prestation une seule fois. Le montant que nous payons s'établit comme suit :

- la prestation d'assurance maladies graves à la date où la prestation devient payable, selon ce qui est indiqué à la page des *Particularités du contrat*
- **moins**, s'il y a lieu, les primes impayées augmentées de l'intérêt couru jusqu'à la date où la prestation devient payable.

Ce contrat prend fin à la date où nous versons la prestation.

Nous vous verserons le solde éventuel du compte de primes remboursable. Nous expliquons le compte de primes plus loin dans ce contrat.

Maladies graves couvertes du Groupe 2

Si la personne assurée remplit les conditions relatives à une maladie grave couverte du Groupe 2, nous verserons une prestation. Pour chaque demande de prestation, nous paierons le moins élevé des montants suivants :

- 10 % de la prestation d'assurance maladies graves à la date où la prestation devient payable, ou
- 10 000 \$.

Le montant que nous versons est réduit des primes impayées, s'il y a lieu, augmentées de l'intérêt couru sur ces primes jusqu'à la date où la prestation devient payable.

Une fois que nous avons versé une prestation pour une maladie grave couverte du Groupe 2, vous ne pouvez pas demander une deuxième prestation pour la même maladie. Les autres maladies graves du Groupe 2 qui n'ont pas fait l'objet d'un paiement de prestation demeurent couvertes par l'assurance.

Obligation de déclarer un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne

Vous devez nous informer par écrit si, au cours des 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat
- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans ce contrat).

Il faut nous communiquer les renseignements susmentionnés dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation pour ce qui suit :

- un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne
- toute maladie grave causée par un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne, ou
- toute maladie grave causée par le traitement d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale bénigne.

Il y a un formulaire spécial à remplir pour nous fournir ces renseignements. Appelez-nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat pour obtenir le formulaire approprié. Vous devez faire votre déclaration par écrit sur ce formulaire.

Fin de l'assurance couvrant le cancer ou la tumeur cérébrale bénigne

Nous mettrons fin à l'assurance couvrant le cancer ou la tumeur cérébrale bénigne et nous ne verserons pas de prestation si, au cours des 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat
- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans ce contrat).

L'assurance couvrant toutes les autres maladies graves demeurera en vigueur à condition que la maladie grave dont souffre la personne assurée ne résulte pas directement ou indirectement d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale bénigne ou du traitement d'un cancer ou d'une tumeur cérébrale bénigne.

Cas où nous ne verserons pas la prestation d'assurance maladies graves (exclusions et réductions de la garantie)

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte 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.

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou reliée au fait que la personne assurée :

- commettait ou tentait de commettre une infraction criminelle
- s'est donné la mort ou 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 cigaretillos ou les cigares ni la consommation occasionnelle d'alcool.

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou reliée à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non.

[F00290#B](#)

Pour faire une demande de prestation d'assurance maladies graves

Pour faire une demande de prestation d'assurance maladies graves, 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.

Il faut 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

Quand faire une demande de prestation

Vous pouvez faire une demande de prestation d'assurance maladies graves si la personne assurée souffre d'une des maladies graves couvertes du Groupe 1 ou du Groupe 2 comme nous l'avons expliqué plus haut dans ce contrat, pendant que ce contrat est en vigueur.

La demande de prestation doit nous être envoyée alors que le contrat est toujours en vigueur et dans l'année qui suit la date où la maladie grave couverte est survenue.

Il se peut que le médecin demande des honoraires pour remplir certains formulaires. Les frais d'obtention des renseignements requis sont à la charge de la personne qui demande la prestation.

La personne qui demande une prestation d'assurance maladies graves doit nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer la demande, y compris :

- la preuve qu'elle a le droit de recevoir la prestation
- la preuve que la personne assurée a contracté une maladie grave couverte pendant que ce contrat était en vigueur
- un diagnostic écrit décrivant les particularités de la maladie, ainsi que sa cause, et
- les dossiers médicaux complets de la personne assurée.

Le diagnostic écrit doit :

- contenir des renseignements appropriés pour évaluer la maladie, et
- être préparé et signé par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada et exerçant sa profession au Canada ou par un autre médecin que nous jugeons acceptable.

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

Le médecin, le spécialiste ou le professionnel de la santé qui signe le diagnostic ou nous fournit des renseignements ne peut être ni le propriétaire du contrat, ni une personne assurée par le contrat, ni une personne qui a le droit de faire une demande de prestation aux termes de ce contrat. Il ne peut pas non plus être un membre de la famille ni un partenaire d'affaires de ces personnes.

Avant de verser une prestation, nous devons vérifier l'âge de la personne assurée. Si l'âge déclaré dans la proposition d'assurance est inexact, nous rajusterons le montant de la prestation de telle sorte qu'il corresponde à l'âge véritable de la personne assurée.

Si la maladie grave a commencé ou a été diagnostiquée à l'extérieur du Canada

Vous pouvez demander une prestation si la maladie grave couverte a commencé ou a été diagnostiquée pendant que la personne assurée était à l'extérieur du Canada. Vous devrez nous fournir tous les renseignements décrits ci-dessus. Si les dossiers médicaux de la personne assurée ne sont ni en français ni en anglais, vous devez nous fournir une traduction des dossiers en français ou en anglais. Les frais de traduction sont à la charge de la personne qui demande la prestation.

Le traducteur ne peut être ni le propriétaire du contrat, ni une personne assurée par le contrat, ni une personne qui a le droit de faire une demande de prestation aux termes de ce contrat. Il ne peut pas non plus être un membre de la famille ni un partenaire d'affaires de ces personnes.

Après l'étude des dossiers médicaux que nous exigeons, nous devons être d'avis que le même diagnostic aurait été posé si la maladie avait commencé au Canada.

[F00404#D \(garantie facultative\)](#)

Garantie Exonération en cas d'invalidité (exonération de la prime)

Le nom de la personne assurée par cette garantie et la date d'expiration de cette garantie sont indiqués au début de votre contrat sous le titre *Particularités du contrat*.

Si la personne assurée devient invalide comme nous le décrivons ci-dessous et si son invalidité dure plus de 6 mois consécutifs, elle pourrait avoir droit à l'exonération de la prime. Si la personne assurée remplit les conditions de cette garantie, vous n'aurez plus à payer les primes du contrat tant que dure son invalidité. C'est ce que nous appelons l'exonération de la prime.

Pour avoir droit à l'exonération de la prime

Nous considérons que la personne assurée est invalide si, en raison d'une blessure ou d'une maladie, elle est incapable d'exercer, contre rémunération ou profit, les fonctions d'un emploi quelconque correspondant à son éducation, à sa formation ou à son expérience.

Pour déterminer si la personne assurée peut ou non exercer les fonctions d'un emploi quelconque, nous ne tenons pas compte de la disponibilité d'un emploi approprié. Nous ne considérons pas non plus le fait qu'un emploi approprié ne fournirait peut-être pas une rémunération comparable à celle que la personne assurée gagnait avant de devenir invalide.

Cas où nous n'accorderons pas l'exonération de la prime (exclusions et réductions de la garantie)

Nous n'accorderons pas l'exonération de la prime avant l'anniversaire du contrat qui suit immédiatement le 18^e anniversaire de la personne assurée. Si la personne assurée est invalide à l'anniversaire du contrat qui suit immédiatement son 18^e anniversaire, nous n'accorderons pas l'exonération de la prime si l'invalidité a débuté avant l'anniversaire du contrat qui a suivi immédiatement son 5^e anniversaire.

Nous n'accorderons pas l'exonération de la prime si l'invalidité de la personne assurée débute après l'anniversaire du contrat qui suit le 60^e anniversaire de la personne assurée.

Nous n'accorderons pas l'exonération de la prime si l'invalidité 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.

Nous n'accorderons pas l'exonération de la prime si l'invalidité est directement ou indirectement due ou reliée au fait que la personne assurée :

- commettait ou tentait de commettre une infraction criminelle
- s'est donné la mort ou 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 ou les cigares ni la consommation occasionnelle d'alcool.

Nous n'accorderons pas l'exonération de la prime si l'invalidité de la personne assurée est directement ou indirectement due ou reliée au fait que le propriétaire du contrat, qu'il ait été sain d'esprit ou non, commettait ou tentait de commettre une infraction criminelle.

Nous n'accorderons pas l'exonération de la prime si l'invalidité de la personne assurée est directement ou indirectement due ou reliée à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non.

Pour être considérée comme étant invalide, la personne assurée doit nécessairement :

- être suivie de manière active, continue et médicalement appropriée par un médecin ou par un autre professionnel de la santé que nous jugeons acceptable, et
- se conformer au traitement prescrit, ainsi qu'aux autres recommandations du médecin ou du professionnel de la santé.

Pour demander l'exonération de la prime

Pendant que cette garantie est en vigueur, vous pouvez soumettre une demande d'exonération de la prime si l'invalidité de la personne assurée a commencé avant l'anniversaire du contrat qui suit son 60^e anniversaire de naissance.

Il y a un formulaire spécial à remplir pour demander l'exonération de la prime. Appelez-nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat pour obtenir le formulaire approprié.

Avant d'approuver votre demande, nous devons vérifier l'âge de la personne assurée.

Nous devons recevoir la preuve de l'invalidité :

- du vivant de la personne assurée

- après que l'invalidité de la personne assurée a duré plus de 6 mois consécutifs, et
- moins d'un an après le début de l'invalidité.

Nous étudierons la possibilité de faire exception pour une demande présentée en retard si nous recevons la preuve de l'invalidité au plus tard un an après la date d'expiration de cette garantie. Si nous recevons la preuve de l'invalidité plus d'un an après le début de l'invalidité et si la personne assurée remplit les conditions de cette garantie, nous considérons que l'invalidité a commencé un an avant la date où nous avons reçu la preuve d'invalidité. C'est-à-dire que l'exonération de la prime ne commencera qu'un an avant la date où nous avons reçu la preuve d'invalidité, quelle que soit la date réelle du début de l'invalidité.

S'il y a des frais à payer pour obtenir la preuve de l'invalidité, ils seront à votre charge.

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

Lorsque nous accordons 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. À ce moment-là, vous n'avez plus besoin de payer les primes et cette exonération commence le mois où débute l'invalidité de la personne assurée.

Si vous avez payé des primes qui bénéficient par la suite de l'exonération, nous porterons un montant équivalent au crédit de votre compte de primes.

Pour continuer d'avoir droit à l'exonération de la prime

L'exonération de la prime continue aussi longtemps que la personne assurée :

- demeure invalide
- est suivie de façon continue par un médecin
- suit le programme de traitement prescrit pour son invalidité, et
- fait des efforts raisonnables pour recourir à un programme de réadaptation approprié.

De temps à autre, nous vous demanderons de nous fournir une preuve, satisfaisante à notre avis, que la personne assurée est toujours invalide. Les frais engagés pour l'obtention de cette preuve seront à votre charge.

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.

Le médecin, le spécialiste ou le professionnel de la santé qui nous fournit des renseignements ne peut être ni le propriétaire de ce contrat, ni une personne assurée par le contrat, ni une personne qui a le droit de faire une demande de prestation aux termes de ce contrat. Il ne peut pas non plus être un membre de la famille ni un partenaire d'affaires de ces personnes.

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.

Continuation d'une demande antérieure d'exonération pour invalidité

Vous pouvez demander l'exonération de la prime sans devoir attendre encore 6 mois s'il s'agit de la continuation d'une demande antérieure d'exonération pour invalidité. Nous considérons qu'il y a continuation d'une demande antérieure d'exonération pour invalidité si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- nous avons déjà accordé l'exonération de la prime
- la personne assurée qui était invalide s'est remise de son invalidité, puis, dans les 6 mois suivant la date où nous avons mis fin à l'exonération de la prime, elle est redevenue invalide pour la même raison, et
- l'invalidité de la personne assurée correspond à la définition donnée sous le titre *Pour avoir droit à l'exonération de la prime.*

Nous accordons alors l'exonération de la prime à compter de la date où l'invalidité a recommencé.

Fin de l'exonération de la prime

L'exonération de la prime prend fin lorsque la personne assurée :

- n'est plus invalide
- occupe un emploi quelconque contre rémunération ou profit
- ne soumet pas les preuves d'invalidité requises
- refuse, sans raison médicale valable, de passer un examen médical ou de suivre un programme de réadaptation, ou
- ne remplit pas une autre condition requise pour avoir droit à l'exonération de la prime.

Pour remettre votre contrat en vigueur, s'il a pris fin durant l'invalidité de la personne assurée

Nous ne remettons pas votre contrat en vigueur si vous l'avez annulé ou résilié. Cependant, s'il a pris fin pour une autre raison, durant l'invalidité de la personne assurée, vous pouvez nous demander de le remettre en vigueur, sans fournir de nouvelles preuves d'assurabilité. Ce processus s'appelle la remise en vigueur.

Nous remettons le contrat en vigueur s'il a pris fin :

- durant l'invalidité de la personne assurée et si l'invalidité a duré plus de 6 mois consécutifs,
- après l'anniversaire du contrat qui suit immédiatement le 18^e anniversaire de naissance de la personne assurée, et
- avant la date d'expiration de cette garantie.

Si vous voulez remettre votre contrat en vigueur, vous devez :

- en faire la demande du vivant de la personne assurée
- en faire la demande dans un délai d'un an après la date où le contrat a pris fin, et
- nous fournir une preuve, satisfaisante à notre avis, de l'invalidité de la personne assurée et de la durée de cette invalidité.

Si nous n'approuvons pas votre demande de remise en vigueur, nous vous rembourserons le montant que vous aurez versé au moment de la demande de remise en vigueur.

Fin de la garantie

Cette garantie prend fin automatiquement à celle des dates suivantes qui survient en premier :

- la date du décès de la personne assurée
- la date d'expiration de cette garantie, ou
- la date où ce contrat prend fin.

F00482#B

Garantie Remboursement des primes au décès

Nous verserons soit une prestation d'assurance maladies graves soit le montant des primes remboursables au décès, et non les deux. Le contrat prend fin à la date du décès de la personne assurée.

Le bénéficiaire du remboursement des primes au décès peut demander le paiement de ce remboursement si la personne assurée décède pendant que ce contrat est en vigueur et si aucune prestation n'est payable à l'égard d'une maladie grave.

Le remboursement des primes au décès est égal au moindre des montants suivants :

- le total de toutes les primes payées jusqu'à la date du décès de la personne assurée, ou
- le montant de la prestation d'assurance maladies graves à la date du décès de la personne assurée.

Nous soustrayons toute prime impayée, plus l'intérêt couru, du montant des primes remboursables au décès.

En plus du montant décrit ci-dessus, nous vous verserons le solde du compte de primes à la date du décès de la personne assurée.

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 enverrons ensuite le formulaire à remplir pour faire la demande. La personne qui fait la demande de règlement doit remplir le formulaire et nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer sa demande.

Cette personne doit également 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.

Il faut 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

F00608#E

Paiement de votre contrat

Primes du contrat

Nous vous fournirons toutes les garanties décrites dans ce contrat si vous payez les primes indiquées dans le tableau des primes. Le tableau des primes qui se trouve dans ce contrat décrit les garanties de primes dont vous bénéficiez. Vous devez payer toutes les primes à leur échéance et faire vos paiements à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Nous nous réservons le droit de refuser les paiements en espèces.

Si vous ne payez pas une prime échue, nous retirerons le montant correspondant de votre compte de primes s'il y a un montant suffisant pour payer la prime.

Compte de primes remboursable

Si vous versez à votre contrat plus que le montant requis pour la prime, nous verserons 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 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 est imposable.

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

Nous nous réservons le droit de facturer des frais pour ces retraits et de déterminer le montant de ces frais.

Si nous ne recevons pas le paiement des primes (déchéance)

Votre contrat prendra fin :

- si nous ne recevons pas la prime requise dans les 31 jours qui suivent son échéance, et
- s'il n'y a pas assez d'argent au compte de primes pour payer la prime.

Lorsque votre contrat prend fin de cette façon, nous disons qu'il est tombé en déchéance.

Pour éviter que votre contrat ne prenne fin, nous devons recevoir le paiement requis avant la fin du 31^e jour qui suit la date de son échéance. Nous vous indiquerons le montant du paiement.

Pour remettre votre contrat en vigueur (remise en vigueur)

Si votre contrat a pris fin parce qu'il est tombé en déchéance, vous pouvez demander sa remise en vigueur si la personne assurée est en vie, si elle n'a pas eu de maladie grave couverte par l'assurance ni de signes ou symptômes d'une maladie grave couverte par l'assurance. Ce processus s'appelle la remise en vigueur.

Si vous voulez remettre votre contrat en vigueur, vous devez :

- en faire la demande dans un délai de 2 ans après la date où le contrat a pris fin
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité, jugées satisfaisantes à notre avis, et
- verser un paiement égal aux frais de remise en vigueur, dont nous déterminons le montant.

Si nous n'approuvons pas votre demande de remise en vigueur, nous vous rembourserons le montant que vous aurez versé au moment de la demande de remise en vigueur.

[F00680#E-SSP](#)

Pour demander la classification non-fumeur

À l'anniversaire du contrat qui suit immédiatement le 21^e anniversaire de naissance de la personne assurée, nous lui attribuerons la classification fumeur. Si la personne assurée est non-fumeur à ce moment-là, vous pouvez demander qu'on lui attribue la classification non-fumeur.

Demande présentée avant l'anniversaire du contrat suivant le 22^e anniversaire de naissance

Si vous faites la demande entre l'anniversaire du contrat qui suit le 20^e anniversaire de la personne assurée et celui qui suit son 22^e anniversaire de naissance, il nous faudra recevoir une déclaration relative à l'usage du tabac signée par la personne assurée et par vous-même.

Demande présentée à partir de l'anniversaire du contrat suivant le 22^e anniversaire de naissance

Si vous faites la demande à compter de l'anniversaire du contrat qui suit le 22^e anniversaire de la personne assurée, il nous faudra recevoir de nouvelles preuves d'assurabilité pour cette personne. La demande devra être signée par la personne assurée et par vous-même.

Si nous approuvons votre demande, nous changerons la classification de la personne assurée de fumeur à non-fumeur. Nous déterminerons la nouvelle prime d'après le tarif qui était en vigueur, à la date du contrat, pour un non-fumeur du même sexe et du même âge que la personne assurée.

F00770#F

Droit de transformer votre contrat en contrat d'assurance maladies graves permanente

Vous pouvez transformer ce contrat en contrat d'assurance maladies graves permanente pour la personne assurée, sans nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité. Pour faire cette transformation, vous devez nous envoyer la demande de transformation le jour du 20^e anniversaire de la personne assurée ou après. Le dernier jour où vous pouvez demander cette transformation est la date finale de transformation qui est indiquée au début de votre contrat sous le titre Particularités du contrat.

Le nouveau contrat d'assurance maladies graves permanente

Nous déterminons le genre et les dispositions du nouveau contrat que vous pouvez choisir. Le nouveau contrat que nous vous offrons :

- sera déterminé par les renseignements que vous nous aviez donnés sur la personne assurée dans la proposition du présent contrat
- dépendra de nos règles en ce qui concerne l'âge de la personne assurée et le montant d'assurance
- ne comprendra pas les maladies graves couvertes du Groupe 2 pour lesquelles nous avons versé une prestation
- aura une prestation d'assurance maladies graves qui ne dépassera pas le montant d'assurance du présent contrat à la date de signature de la nouvelle proposition, et
- ne comportera aucune garantie complémentaire, sauf, dans les circonstances décrites ci-dessous, une garantie d'exonération en cas d'invalidité de la personne assurée.

Votre demande doit être soumise sous une forme que nous jugeons acceptable et elle doit respecter nos règles administratives. Si nous approuvons votre demande, le présent contrat prendra fin à la date d'entrée en vigueur du nouveau contrat.

Le montant du remboursement des primes au décès, ainsi que tout solde du compte de primes du présent contrat, seront transférés au nouveau contrat.

Si ce contrat comporte une *garantie Exonération en cas d'invalidité* pour la personne assurée, le nouveau contrat pourra comporter une garantie semblable, mais seulement :

- si vous demandez une garantie d'exonération en cas d'invalidité au moment de soumettre la demande du nouveau contrat
- si nous offrons une garantie d'exonération en cas d'invalidité dans le cadre du nouveau contrat au moment où vous soumettez la demande de transformation, et
- si la personne assurée n'est pas invalide au moment de la demande de transformation.

Paiement du nouveau contrat

Les primes du nouveau contrat seront fondées sur :

- les mêmes preuves d'assurabilité que celles qui ont été utilisées pour fixer les primes du présent contrat
- les tarifs en vigueur pour la nouvelle assurance au moment où vous demanderez le nouveau contrat, et
- l'âge de la personne assurée au moment où vous demanderez le nouveau contrat.

Le premier paiement du nouveau contrat devra accompagner la proposition de ce contrat.

Si la personne assurée est invalide

Si le présent contrat comporte une garantie *Exonération en cas d'invalidité* pour la personne assurée, vous ne pourrez pas le transformer pendant que la personne assurée est invalide. Cependant, si nous vous avons exempté du paiement de la prime et si la personne assurée est toujours invalide à 65 ans, vous pourrez transformer ce contrat le jour de l'anniversaire du contrat qui suit immédiatement le 65^e anniversaire de la personne assurée. Le nouveau contrat continuera de bénéficier de l'exonération de la prime tant que la personne assurée sera invalide.

F00830#D

Droit de mettre fin au contrat

Vous pouvez mettre fin à ce contrat n'importe quand. La décision de résilier votre contrat est un droit personnel; il vous appartient en propre. La résiliation a des effets à votre égard et à l'égard des bénéficiaires que vous avez nommés, qu'ils soient révocables ou irrévocables.

Votre contrat prendra fin à la date où nous recevrons 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 plus de 10 jours après la date où vous l'avez reçu, nous traiterons cette demande comme une résiliation de contrat et nous vous paierons :

- le solde du compte de primes
- **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 ou ces obligations prendront fin à la date ultérieure que vous aurez indiquée dans votre demande.

F00850#D

Fin du contrat

Si votre contrat n'a pas pris fin pour une des raisons que nous avons déjà mentionnées, il prendra fin automatiquement à la date de fin de contrat indiquée au début du contrat sous le titre *Particularités du contrat*. Nous vous rembourserons le solde éventuel de tout compte de primes à la date où ce contrat prendra fin.

Autres renseignements sur votre contrat

Notre contrat avec vous

À partir de la date d'entrée en vigueur de votre contrat, 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 utilisés dans le domaine de l'assurance, qui peuvent ou non s'appliquer à votre contrat.

Bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves

La personne ou les personnes que vous désignez par écrit comme devant recevoir la prestation d'assurance maladies graves.

Date du contrat

La date où votre contrat d'assurance entre en vigueur. Cette date est indiquée au début de votre contrat sous le titre *Particularités du contrat*.

Année de contrat

La période de 12 mois à compter d'un anniversaire du contrat jusqu'au prochain anniversaire.

Anniversaire du contrat

Le jour et le mois qui, chaque année, coïncident avec la date d'entrée en vigueur du contrat.

Garanties

Nous offrons une variété d'assurances. L'assurance maladies graves est une garantie qui fait automatiquement partie de votre contrat. Nous pouvons aussi offrir des garanties complémentaires. La garantie Exonération en cas d'invalidité est un exemple de garantie complémentaire.

Preuves d'assurabilité

Les renseignements médicaux, 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 demande d'assurance.

Prime

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

F03104#A

Conditions légales

1. Le contrat

1) La proposition, la présente police, les documents annexés à la présente police lors de son établissement, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après l'établissement de la police constituent le contrat indivisible. Aucun conseiller ni agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

2) L'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'assureur.

Copie de la proposition

3) L'assureur est tenu de fournir, sur demande, à vous-même ou à l'auteur d'une demande de règlement en vertu du contrat une copie de la proposition.

2. Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par vous-même ou par la personne assurée lors de la proposition relative au présent contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une demande de règlement en vertu du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la proposition ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données comme preuve d'assurabilité.

3. Avis et preuve de sinistre

a) Prestation d'assurance maladies graves

Toute demande de prestation d'assurance maladies graves doit être présentée par écrit à notre siège social moins d'un an après la date du sinistre. L'auteur de la demande de règlement doit nous fournir une preuve satisfaisante à notre avis qui établit :

- que la personne assurée a une maladie grave couverte par l'assurance,
- que l'auteur de la demande a le droit de recevoir une éventuelle prestation,
- l'âge de la personne assurée.

La demande de prestation doit être appuyée par un diagnostic écrit établi par un spécialiste autorisé à pratiquer la médecine au Canada et exerçant sa profession au Canada ou par un autre médecin que nous jugeons acceptable, indiquant que la personne assurée a une maladie grave couverte par l'assurance. Le diagnostic écrit doit décrire la cause, la nature et la durée prévue de la maladie et doit faire référence aux critères bien précis de la maladie indiqués dans le contrat.

b) Exonération en cas d'invalidité

Si le contrat comprend l'exonération en cas d'invalidité, toute demande d'exonération des primes doit être présentée par écrit à notre siège social :

- du vivant de la personne assurée
- après que l'invalidité a duré plus de 6 mois consécutifs, et
- moins d'un an après le début de l'invalidité.

De temps à autre, nous pourrions demander qu'on nous fournisse une preuve que la personne assurée est toujours invalide. Si la preuve demandée ne nous est pas fournie, nous considérerons que l'invalidité a pris fin à la date de notre demande.

Aux fins de l'étude d'une demande ou de la continuation d'une demande d'exonération en cas d'invalidité, nous devons recevoir des preuves écrites confirmant la cause, la nature et la durée prévue de l'invalidité fournies par un médecin ou un autre professionnel de la santé que nous jugeons acceptable.

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

L'assureur fournit les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de la maladie donnant lieu à la demande.

5. Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat, l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen par un professionnel de la santé nommé par nous quand et aussi souvent que raisonnablement requis tant que le règlement est en suspens.

6. Délai de paiement des sommes

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat sont versées par l'assureur dans les 60 jours suivant la réception par l'assureur de la preuve du sinistre et après que toutes les conditions du présent contrat sont remplies.

7. Limites pour les actions en justice

Aucune action ou poursuite ayant trait à une demande de règlement se rapportant au présent contrat ne peut être intentée contre l'assureur plus d'un an après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la demande de règlement avait été valide, ou après un délai plus long si la loi le prescrit.