



Assurance maladies graves express extra assortie d'une garantie maladies graves pour enfant Alberta

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 pourra être établi pour votre client. Les termes du contrat effectivement établi pour un client donné régissent nos relations avec le client.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie convient de payer les garanties de ce contrat conformément à ses dispositions.

Fait à Toronto, Ontario

Signature de Dean Connor

Dean Conner
Président et chef de la direction
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Signature de Dana Easthope

Dana Easthope
Vice-président, vice-directeur juridique et
secrétaire de la Compagnie
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Si vous avez des questions à poser ou si vous avez besoin de renseignements sur nos autres produits et services, veuillez communiquer avec nous :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C. P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 0A3
1-800-669-7921

Dans le présent document, *vous* désigne le propriétaire du contrat. *Nous* 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.

Il est important que vous le lisiez attentivement en entier. Il décrit les garanties payables et prévoit des exclusions et des restrictions. Les termes courants du domaine de l'assurance sont définis à la section *Termes utilisés en assurance*.

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

Table des matières

Particularités du contrat	1
Tableau des primes	2
Si vous changez d'avis dans un délai de 30 jours	3
Contestation du contrat	3
Maladies graves couvertes	3
Prestation d'assurance maladies graves	6
Pour faire une demande de prestation d'assurance maladies graves	7
Paiement de votre contrat	7
Pour demander une modification de contrat	8
Droit de mettre fin au contrat (résiliation)	8
Fin du contrat	8
Autres renseignements sur votre contrat	9
Termes utilisés en assurance	10
Dispositions légales	11
Garantie complémentaire	
Garantie Maladies graves pour enfant	12

Particularités du contrat

Assurance maladies graves express extra

Votre numéro de référence est : XXXX,XXX-X

La date de votre contrat est : j MMMM aaaa (date d'effet du contrat de remplacement)

La date initiale de votre contrat est : j MMMM aaaa (date d'effet de la couverture précédente d'assurance contre les maladies graves)

Le propriétaire est : Prénom et nom de famille

La personne assurée est : Prénom et nom de famille (doit être le propriétaire)
date de naissance : j MMMM aaaa

Prestation d'assurance maladies graves : 50 000 \$ pour la personne assurée

Catégorie de risque : Fumeur ou non-fumeur

Date où votre contrat prend fin : j MMMM aaaa (anniversaire du contrat qui suit le 70^e anniversaire de naissance de la personne assurée)

L'enfant assuré est : Prénom et nom de famille ou Non couvert
date de naissance : j MMMM aaaa

Prestation au titre de la garantie Maladies graves pour enfant : 5 000 \$ pour l'enfant assurée

Date du contrat pour la couverture de l'enfant assuré : j MMMM aaaa (date d'effet du contrat de remplacement)

Date initiale du contrat pour la couverture de l'enfant assuré : j MMMM aaaa (date d'effet de la couverture précédente d'assurance contre les maladies graves)

Date où cette garantie prend fin : j MMMM aaaa (anniversaire du contrat qui suit le 18^e anniversaire de naissance de l'enfant assuré)

L'enfant assuré est : Prénom et nom de famille ou Non couvert
date de naissance : j MMMM aaaa

Prestation au titre de la garantie Maladies graves pour enfant : 5 000 \$ pour l'enfant assurée

Date du contrat pour la couverture de l'enfant assuré : j MMMM aaaa (date d'effet du contrat de remplacement)

Date initiale du contrat pour la couverture de l'enfant assuré : j MMMM aaaa (date d'effet de la couverture précédente d'assurance contre les maladies graves)

Date où cette garantie prend fin : j MMMM aaaa (anniversaire du contrat qui suit le 18^e anniversaire de naissance de l'enfant assuré)

(À inclure si l'assuré transfère son contrat AMG express de base ou AMG express étendue n° 17866)

Si le présent contrat remplace un contrat d'assurance contre les maladies graves établi par nous à votre intention et qu'il couvre la même personne assurée que celle dont le nom paraît ci-dessus, la date initiale du contrat ayant fait l'objet d'un remplacement s'applique relativement à la période d'exclusion de 90 jours pour le cancer et à la disposition relative aux maladies préexistantes au titre du présent contrat.

(À inclure si l'assuré transfère son contrat AMG SécurAvenir n° 17839)

Si le présent contrat remplace un contrat d'assurance contre les maladies graves établi par nous à votre intention et qu'il couvre la même personne assurée ou le même enfant assuré que celui ou celle dont le nom paraît ci-dessus, la date initiale du contrat ayant fait l'objet d'un remplacement s'applique relativement à la période d'exclusion de 90 jours pour le cancer et à la disposition relative aux maladies préexistantes au titre du présent contrat.

Les bénéficiaires de la prestation sont vos ayants droit, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

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

La présente page des *Particularités du contrat* est jointe à votre contrat et fait partie intégrante de votre contrat. Elle remplace toute autre page des *Particularités du contrat* établie à votre intention au titre de ce contrat. Les renseignements contenus dans la présente page sont assujettis aux dispositions du contrat.

Tableau des primes

(À inclure à la date d'entrée en vigueur originale du contrat)

Primes des cinq premières années du contrat : XX,XX \$ le 1^{er} mois; XX,XX \$ le premier jour de chaque mois par la suite

Date d'échéance du premier paiement : j MMMM aaaa

La prime mensuelle comprend :

- | | |
|--|----------|
| (1) Assurance maladies graves | XX,XX \$ |
| (2) Garantie Maladies graves pour enfant | XX,XX \$ |

Votre prime est établie en fonction de votre âge, de votre sexe et de votre situation quant à l'usage du tabac. La prime de l'enfant assuré est établie en fonction de son âge et de son sexe.

À compter de l'anniversaire du contrat qui suit la 5^e année du contrat, nous pouvons changer vos primes tous les ans. En cas de modification, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours.

(À inclure au renouvellement (après les 5 ans) et supprimer la section ci-dessus)

Date d'échéance du premier paiement : j MMMM aaaa

La prime mensuelle comprend :

- | | |
|--|----------|
| (1) Assurance maladies graves | XX,XX \$ |
| (2) Garantie Maladies graves pour enfant | XX,XX \$ |

Votre prime est établie en fonction de votre âge, de votre sexe et de votre situation quant à l'usage du tabac.

Les primes sont renouvelables annuellement, à la date d'anniversaire du contrat. En cas de modification, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours.

La présente page des *Particularités du contrat* est jointe à votre contrat et fait partie intégrante de votre contrat. Elle remplace toute autre page des *Particularités du contrat* établie à votre intention au titre de ce contrat. Les renseignements contenus dans la présente page sont assujettis aux dispositions du contrat.

Si vous changez d'avis dans un délai de 30 jours

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

- dans les 30 jours suivant la date où vous l'avez reçu,
- ou dans les 60 jours qui suivent l'établissement du contrat.

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

Nous considérons que vous avez reçu votre contrat cinq jours après son expédition de notre bureau.

La décision d'annuler 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.

Toutes les obligations qui nous incombent 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 l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C. P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 0A3

Contestation du contrat

Les dispositions sur l'incontestabilité prévues dans les lois sur les assurances des provinces ou territoires s'appliquent au présent contrat.

Délai s'appliquant à la contestabilité

Nous ne pouvons pas contester la validité du contrat lorsqu'il a été continuellement en vigueur pendant deux ans à compter de la date où il a pris effet ou de la date de sa dernière remise en vigueur, selon la plus récente de ces dates. Si le contrat est modifié en vue d'augmenter ou de modifier une garantie ou d'améliorer une surprime, nous ne pouvons pas contester la validité de la modification lorsqu'elle a été continuellement en vigueur pendant deux ans à compter de la date où elle a pris effet ou de la date de la dernière remise en vigueur du contrat, selon la plus récente de ces dates.

Exception au délai s'appliquant à la contestabilité

Nous pouvons contester la validité du contrat ou d'une modification n'importe quand en cas de fraude. Dans les situations mettant en cause une garantie en cas d'invalidité, nous pouvons contester la validité du contrat ou d'une modification n'importe quand lorsque l'invalidité a commencé durant les deux premières années du contrat ou durant les deux années suivant la date de sa dernière remise en vigueur.

Maladies graves couvertes

Ce contrat couvre uniquement les maladies graves qui y sont décrites. 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 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 et exerçant sa profession au Canada. 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 médecin spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié pratiquant au Canada.

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 le contrat,
- une personne qui a le droit de faire une demande de règlement aux termes de ce contrat,
- un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de ces personnes,
- ou une personne qui réside normalement au domicile de la personne assurée

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

Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte et qui nécessite l'excision de l'aorte et son remplacement par greffon. Par «aorte», on entend 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.

Cancer

Le cancer est défini comme le 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 :

Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'entrée en vigueur du contrat.

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour les types suivants de cancer ne mettant pas la vie en danger :

- carcinome in situ;
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
- ou cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période d'exclusion de 90 jours pour le cancer :

Aucune prestation n'est payable relativement au cancer, et la couverture de la personne assurée en ce qui concerne le cancer prendra fin si dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date de la dernière 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 de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

Si la couverture de la personne assurée relative au cancer prend fin, la couverture prévue pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure toutefois en vigueur.

Obligation de déclarer un cancer :

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

- 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 examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (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 règlement pour ce qui suit :

- un cancer,
- toute maladie grave causée par un cancer,
- ou toute maladie grave causée par le traitement d'un cancer.

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 :

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

- 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 examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (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 du traitement d'un cancer.

Chirurgie coronarienne

La chirurgie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale au cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire, à l'exclusion de toute intervention non chirurgicale ou utilisant un cathéter, comme l'angioplastie percutanée ou la désobstruction au laser.

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

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

La crise cardiaque (infarctus du myocarde) est définie comme le diagnostic formel de 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, entre autres, 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, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence d'onde Q,
- ou la découverte de changements à l'ECG indiquant un infarctus ancien du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée ci-dessus.

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 cœur, 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 États-Unis qui effectue la forme de transplantation requise.

La date du diagnostic est la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de transplantation.

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 du diagnostic.

Transplantation d'un organe vital

La transplantation d'un organe vital est définie comme le diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, 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 cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit se limiter 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.

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,

qui persistent 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 n'est payable dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée ci-dessus.

Prestation d'assurance maladies graves

Nous versons une prestation d'assurance maladies graves si la personne assurée a une maladie grave couverte, comme nous l'avons expliqué plus haut dans le présent contrat. Vous ou vos ayants droit êtes le bénéficiaire de cette prestation, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

Si la personne assurée remplit les conditions relatives à une maladie grave couverte, 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,
- **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.

Disposition relative aux maladies préexistantes

Aucune prestation ne sera versée pour une maladie grave couverte qui s'est déclarée dans les 12 mois de la date du contrat qui est indiquée à la page des *Particularités du contrat* et qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles, au cours des 12 mois précédents la date du contrat :

- la personne assurée a présenté des symptômes,
- la personne assurée a consulté un médecin ou un autre praticien et a reçu des soins, des conseils ou des traitements liés à la santé,
- ou une personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause ou souffrant de la maladie ou de l'affection en cause, ou présentant les symptômes en cause aurait consulté un médecin ou un autre praticien.

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

Protection contre l'inflation

Nous augmenterons automatiquement le capital de l'assurance maladie graves de 10 % tous les cinq ans à compter du 5^e anniversaire du contrat, sans que la personne assurée ait à présenter une attestation d'assurabilité. L'augmentation s'appliquera au capital de l'assurance maladies graves en vigueur au moment de la majoration.

Toutefois, elles ne s'appliquent pas à la garantie complémentaire prévue par le présent contrat (garantie Maladies graves pour enfant).

Pour faire une demande de prestation d'assurance maladies graves

Pour présenter une demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves, communiquez avec nous au 1-800-669-7921 et nous vous enverrons le formulaire à remplir. La personne qui fait la demande doit remplir le formulaire et nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer la demande.

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, telles qu'elles sont définies plus haut dans le présent contrat, pendant que le contrat est en vigueur.

La demande doit nous être envoyée pendant que le contrat est en vigueur et dans l'année qui suit la date à laquelle la maladie grave couverte est survenue. Si la demande nous est envoyée à un autre moment, nous ne l'évaluerons pas et nous ne verserons pas de prestation.

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, notamment :

- la preuve qu'elle a le droit de recevoir la prestation,
- la preuve que la personne assurée a contracté une maladie grave alors 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, des 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 règlement 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 demande 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.

Paiement de votre contrat

Primes du contrat

Nous vous fournirons toutes les garanties décrites dans ce contrat si vous payez les primes indiquées à la page des *Particularités du contrat*. Le tableau des primes figurant à la page *Particularités du contrat* décrit les garanties de primes pour les cinq premières années du contrat. Vous devez payer toutes les primes mensuellement, à leur échéance, par débit préautorisé ou par carte de crédit. Les paiements doivent être faits à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Nous déterminons les primes selon le sexe, l'âge et l'usage du tabac de la personne assurée. À compter de l'anniversaire du contrat qui suit la 5^e année du contrat, nous pouvons changer vos primes tous les ans. Avant de faire une modification, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours.

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

Si nous ne recevons pas la prime requise dans les 31 jours qui suivent son échéance, votre contrat prendra fin.

Lorsqu'un 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 et n'a pas eu de maladie grave couverte ni présenté de signes ou de symptômes d'une maladie grave couverte. Ce processus s'appelle la remise en vigueur.

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

- en faire la demande dans les 2 ans qui suivent la date à laquelle le contrat a pris fin,
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité que nous jugeons satisfaisantes,
- et verser un paiement égal aux frais de remise en vigueur, dont nous déterminons le montant.

Si nous n'acceptons 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.

Pour demander une modification de contrat

Modifications de contrat

Pour toute modification de contrat, nous pouvons demander de nouvelles preuves d'assurabilité. Votre demande doit être présentée sous une forme que nous jugeons acceptable et elle doit respecter nos règles administratives. Si nous acceptons votre demande, nous modifierons votre contrat en conséquence.

Nous exigeons aussi des frais d'opération si vous apportez une modification à votre contrat et nous déterminons le montant de tous frais que nous exigeons.

Assurance d'un enfant

Vous pouvez demander qu'un enfant soit couvert par la garantie complémentaire prévue par le contrat en communiquant avec nous au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Ce changement prendra effet à la date d'acceptation de votre demande.

Chaque fois que vous demandez qu'un enfant soit ajouté, nous pouvons exiger que vous fournissiez une preuve du lien de filiation entre l'enfant et vous.

Vous pouvez demander l'inscription de tout enfant, qui a entre 60 jours et 18 ans, né de vous, adoptif ou d'un autre lit qui n'est lié à aucune autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi et qui dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance.

Droit de mettre fin au contrat (résiliation)

Vous pouvez mettre fin à ce contrat n'importe quand. 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. Toutes les obligations qui nous incombent en vertu du contrat prennent fin à cette date. La résiliation a des effets à votre égard et à l'égard des bénéficiaires que vous avez nommés, qu'ils soient révocables ou irrévocables.

Pour mettre fin à votre contrat, envoyez votre demande par écrit à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C. P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 0A3

Si vous mettez fin à votre contrat dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle vous l'avez reçu, nous traiterons cette demande comme une résolution de contrat. Nous l'expliquons plus haut dans votre contrat sous le titre *Si vous changez d'avis dans un délai de 30 jours*.

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 du décès de la personne assurée ou à la date de fin de contrat indiquée à la page des *Particularités du contrat*, si celle-ci est antérieure. Après la date de fin du contrat, aucune prestation n'est payable en vertu de ce contrat.

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 demande d'assurance, y compris les preuves d'assurabilité,
- et le présent document contractuel, aussi appelé police (qui comprend la page des *Particularités du contrat*).

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.

Délai pour le recouvrement des sommes assurées

Une action ou une poursuite contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables au titre du présent contrat sera frappée de prescription, à moins d'avoir été engagée dans le délai fixé par la Loi sur les assurances ou par les lois de la province ou du territoire applicables à ce contrat.

Monnaie du contrat

Tous les montants indiqués dans le 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
C. P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 0A3

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.

Non-fumeur

Toute personne qui n'a pas fait usage de tabac ni de produit contenant de la nicotine ou de la marijuana au cours des 12 derniers mois.

Anniversaire du contrat

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

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 du contrat

Période de 12 mois qui s'étend d'un anniversaire de contrat à l'autre.

Prime

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

SPÉCIMEN

Dispositions légales

1. Contrat

La proposition, le présent contrat, tout document annexé au présent contrat au moment de son établissement et toute modification qu'il a été convenu par écrit d'apporter au contrat après son établissement constituent le contrat intégral. Aucun conseiller ni agent n'a le pouvoir de modifier le contrat ni de renoncer à appliquer l'une ou l'autre des dispositions qu'il contient.

2. Éléments importants

Les déclarations faites par vous 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

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. Le demandeur doit nous fournir une preuve satisfaisante à notre avis qui établit :

- que la personne assurée a une maladie grave couverte par l'assurance,
- que toutes les conditions d'admissibilité à une prestation d'assurance maladies graves ont été remplies,
- que le demandeur a le droit de recevoir une éventuelle prestation,
- la date de naissance du demandeur, si elle est requise aux fins de la demande,
- et la date de naissance de la personne assurée.

La demande 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.

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

Nous ferons parvenir les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de sinistre. Si, toutefois, le demandeur ne reçoit pas les formulaires dans ce délai, il pourra soumettre sa preuve de sinistre sous forme d'une déclaration écrite décrivant la cause ou la nature de la maladie ayant donné lieu à la demande de règlement.

5. Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat, le demandeur doit nous donner la possibilité de faire examiner la personne assurée par un professionnel de la santé nommé par nous, aussi souvent qu'il est raisonnable, tant que le règlement est en suspens.

6. Règlement des sommes payables

Nous réglerons toutes les sommes payables en vertu du présent contrat dans les 60 jours suivant la date où nous aurons reçu une preuve de sinistre satisfaisante et où toutes les conditions du contrat auront été remplies.

7. Résiliation de l'assurance

Vous pouvez mettre fin à (résilier) votre contrat en tout temps, comme il est prévu plus haut dans ce contrat à la section *Droit de mettre fin au contrat*.

Garantie complémentaire

Garantie Maladies graves pour enfant

Cette garantie complémentaire s'applique uniquement aux maladies graves prévues par la garantie Maladies graves pour enfant et à la prestation payable indiquée dans la garantie. Les maladies, les affections ou les interventions qui ne sont pas explicitement mentionnées ne sont pas couvertes. Pour qu'une prestation d'assurance maladies graves pour enfant puisse être versée, toutes les exigences relatives à une maladie grave couverte doivent être remplies 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 et exerçant sa profession au Canada. 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 médecin spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié pratiquant au Canada.

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 le contrat,
- une personne qui a le droit de faire une demande de règlement aux termes de ce contrat,
- un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de ces personnes,
- ou une personne qui réside normalement au domicile de l'enfant assuré.

Chaque définition de maladie grave couverte comporte une période de survie. L'enfant assuré doit être en vie à la fin de cette période.

Le nom de l'enfant assuré par cette garantie, la date du contrat et le montant de la garantie Maladies graves pour enfant sont indiqués à la page des *Particularités du contrat*.

Maladies graves couvertes au titre de la garantie Maladies graves pour enfant

Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte et qui nécessite l'excision de l'aorte et son remplacement par greffon. Par «aorte», on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Cancer

Le cancer est défini comme le 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. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions :

Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'entrée en vigueur du contrat.

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour les types suivants de cancer ne mettant pas la vie en danger :

- carcinome in situ;
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
- ou cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période d'exclusion de 90 jours pour le cancer :

Aucune prestation n'est payable relativement au cancer, et la couverture de l'enfant assuré en ce qui concerne le cancer prendra fin si, dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

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

L'enfant assuré

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

Si la couverture de l'enfant assuré relative au cancer prend fin, la couverture prévue pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure toutefois en vigueur.

Obligation de déclarer un cancer :

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

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

L'enfant assuré

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (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 règlement pour ce qui suit :

- un cancer,
- toute maladie grave causée par un cancer,
- ou toute maladie grave causée par le traitement d'un cancer.

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 :

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

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

L'enfant assuré

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

La couverture de toutes les autres maladies graves demeurera en vigueur à condition que la maladie grave dont souffre l'enfant assuré ne résulte pas directement ou indirectement d'un cancer ou du traitement d'un cancer.

Chirurgie coronarienne

La chirurgie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale au cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire, à l'exclusion de toute intervention non chirurgicale ou utilisant un cathéter, comme l'angioplastie percutanée ou la désobstruction au laser.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

La crise cardiaque (infarctus du myocarde) est définie comme le diagnostic formel de 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, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. L'enfant assuré 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, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence d'onde Q,
- ou la découverte de changements à l'ECG indiquant un infarctus ancien du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée ci-dessus.

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 cœur, 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, l'enfant assuré doit être inscrit comme receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de transplantation requise.

La date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de l'enfant assuré à un tel centre de transplantation.

Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. L'enfant assuré 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 cœur, 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, l'enfant assuré doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit se limiter à ces organes.

Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.

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,

qui persistent 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. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions :

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée ci-dessus.

Prestation au titre de la garantie Maladies graves pour enfant

Nous versons une prestation si l'enfant assuré a une maladie grave couverte par la garantie Maladies graves pour enfant, comme nous l'avons expliqué plus haut dans le présent contrat. Vous ou vos ayants droit êtes le bénéficiaire de cette prestation, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

Si l'enfant assuré remplit les conditions relatives à une maladie grave couverte, nous verserons la prestation une seule fois. Le montant que nous payons s'établit comme suit :

- la prestation prévue par la garantie Maladies graves pour enfant à la date à laquelle la prestation est payable,
- **moins**, s'il y a lieu, les primes impayées augmentées de l'intérêt couru jusqu'à la date où la prestation devient payable.

La couverture de l'enfant prend fin à la date à laquelle nous versons la prestation pour son compte.

Disposition relative aux maladies préexistantes

Aucune prestation ne sera versée pour une maladie grave couverte qui s'est déclarée dans les 12 mois de la date du contrat qui est indiquée à la page des *Particularités du contrat* et qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles, au cours des 12 mois précédents la date du contrat :

- l'enfant assuré a présenté des symptômes,
- l'enfant assuré a consulté un médecin ou un autre praticien et a reçu des soins, des conseils ou des traitements liés à la santé,
- ou un parent raisonnablement prudent dont l'enfant aurait subi la blessure en cause ou souffert de la maladie ou de l'affection en cause, ou présenté les symptômes en cause aurait consulté un médecin ou un autre praticien.

Cas où nous ne versons pas de 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 liée au fait que l'enfant assuré conduisait un véhicule alors qu'il 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 liée au fait que l'enfant assuré :

- commettait ou tentait de commettre une infraction criminelle,
- s'est donné la mort ou a tenté de se donner la mort, qu'il ait été sain d'esprit ou non,
- s'est infligé des blessures corporelles, qu'il ait été sain 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 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 ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou liée à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non.

Fin de la garantie

Pour un enfant assuré, la garantie prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- l'anniversaire du contrat qui suit son 18^e anniversaire de naissance;
- la date à laquelle la prestation prévue par la garantie est versée;
- la date de son décès;
- la date d'expiration de la garantie, qui est indiquée à la page des *Particularités du contrat*;
- la date à laquelle votre contrat prend fin.

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente garantie après la date à laquelle votre contrat prend fin.