

LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIES GRAVES
RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE
À LIRE ATTENTIVEMENT

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (désignée par « nous ») versera la prestation d'assurance maladies graves au titulaire du contrat (désigné par « vous »), si nous recevons une preuve que l'on a diagnostiqué chez vous une affection couverte par le présent contrat pour la première fois de votre vie et pendant que le présent contrat est en vigueur. L'affection couverte doit être diagnostiquée par un médecin et nous devons recevoir une preuve du diagnostic, jugée satisfaisante par nous, dans les délais fixés dans le contrat. Le contrat décrit également les méthodes diagnostiques, résultats d'examen, symptômes, caractéristiques et autres critères auxquels une maladie doit satisfaire pour être considérée comme une affection couverte.

Les prestations au titre du présent contrat sont versées sous forme d'un montant global. Pour toutes les affections couvertes, vous devez survivre au moins 30 jours après le diagnostic pour avoir droit à la prestation. Dans le cas de certaines affections couvertes, les prestations qui vous sont versées au titre d'un autre régime pour votre affection couverte n'entraîneront pas une réduction du montant de la prestation versée au titre du présent contrat.

Vous pouvez maintenir en vigueur le présent contrat jusqu'à l'âge de 70 ans en payant les primes. Toutefois, il prendra fin à la date à laquelle la prestation d'assurance maladies graves devient payable. Vos primes augmenteront tous les 5 ans, après la date d'échéance de la première prime, mais avant la date d'expiration de la couverture.

Nous ne verserons pas de prestation d'assurance maladies graves (1) si l'on diagnostique chez vous un cancer, quel qu'il soit et qu'il s'agisse d'une affection couverte ou non, en tout temps avant ou dans les 90 jours suivant la date d'approbation de votre proposition pour le présent contrat ou la date de toute remise en vigueur du présent contrat (la « période d'attente »); ou (2) si un diagnostic de cancer, qu'il s'agisse d'une affection couverte ou non, est établi à la suite de symptômes, signes ou consultations ou examens médicaux survenant en tout temps avant ou dans les 90 jours suivant la date à laquelle nous approuvons votre proposition pour le présent contrat ou la date de toute remise en vigueur du présent contrat; ou (3) dans le cas d'un diagnostic subséquent de cancer ou de toute affection couverte, si l'affection en question résulte directement d'un cancer, quel qu'il soit et qu'il soit couvert ou non par le présent contrat, ou de son traitement, si les prestations n'avaient pas été payables au titre du présent contrat pour le cancer en question, en raison des exclusions 1) ou 2).

Tout diagnostic de cancer (couvert ou non par le présent contrat) ou tous symptômes, signes ou consultations ou examens médicaux menant à un diagnostic de cancer (couvert ou non par le présent contrat) survenant durant la période d'attente doivent nous être signalés par écrit dans les six mois qui suivent le diagnostic. Dans le cas contraire, nous nous réservons le droit de rejeter toute demande de règlement au titre du présent contrat.

Afin de maintenir le présent contrat en vigueur, vous devez payer chaque prime au plus tard à la date d'échéance de la prime. Les dates d'échéance des primes sont indiquées dans le contrat. Nous accordons un délai de grâce de 30 jours pour le paiement de chaque prime, après le paiement de la première prime.

Le présent contrat ne couvre pas les frais liés à votre affection couverte. Les prestations au titre du présent contrat sont versées uniquement après que vous ayez satisfait à toutes les conditions décrites dans le présent contrat et après que nous ayons reçu, dans les délais fixés dans le présent contrat, une preuve de sinistre jugée satisfaisante par nous. Les frais liés à votre affection couverte sont à votre charge.

Le présent contrat procure une couverture 24 heures sur 24.

Nous ne verserons pas de prestation au titre du présent contrat pour une affection préexistante, que vous nous enavisiez ou non.

Ces énoncés constituent un résumé de certaines des dispositions importantes de votre contrat. Toutefois, ils ne font pas partie du contrat et ne sont pas des dispositions du contrat d'assurance.

VEUILLEZ VOUS REPORTER À VOTRE CONTRAT POUR CONNAÎTRE LES DISPOSITIONS EN DÉTAIL.

Vous pouvez résilier le contrat et recevoir un remboursement complet des primes payées en nous avisant par écrit à l'adresse ci-dessous, pourvu que l'avis soit envoyé dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle vous recevrez le contrat avis, le cachet de la poste faisant foi. Toutefois, en cas de résiliation d'un contrat remis en vigueur, le remboursement des primes se limitera au montant des primes payées pour remettre le contrat en vigueur.

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers
CP 670, Stn Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Régime d'assurance maladies graves

TABLE DES MATIÈRES

SECTION	PAGE
PARTIE A : VERSEMENT DES PRESTATIONS	4
PARTIE B : AFFECTIONS COUVERTES	4
PARTIE C : AUTRES PRESTATIONS	5
PARTIE D : RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS.....	6
PARTIE E : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
PARTIE F : RÉSILIATION	9
PARTIE G : CONDITIONS LÉGALES	9
PARTIE H : DÉFINITIONS	10

REMARQUE : Dans le présente contrat, certains Termes et Expressions possèdent un sens particulier dont il faut absolument tenir compte lors de la lecture. Une liste de ces Termes est Présentée à la Section **Définitions** de la **Partie H** du contrat, soit à la Fin des Présentés, et il est fortement recommandé de vous familiariser avec leur sens lorsque vous consultez le contrat.

IMPORTANT : On trouvera dans le présente contrat des Exclusions, des Limitations, des Conditions, des Limites Maximales et des Définitions. Veuillez la lire avec soin.

ASSURANCE MALADIES GRAVES

PARTIE A : VERSEMENT DES PRESTATIONS

1. Au titre de la couverture prévue par le présent contrat, le capital assuré est versé à l'assuré en cas de diagnostic d'une affection couverte répondant aux exigences stipulées dans les présentes, pourvu que ce dernier ait survécu à la période d'attente prescrite, qu'il satisfasse à toutes les conditions afférentes à cette prestation et que le contrat soit en vigueur.
2. La couverture ne s'applique qu'aux maladies, affections ou procédures satisfaisant à la définition des affections couvertes figurant aux présentes. Les autres maladies, affections et procédures qui ne sont pas expressément définies comme étant une affection couverte ne sont pas couvertes par le présent contrat et ne donnent droit à aucune prestation. Il existe, pour chaque affection couverte, des exigences particulières à respecter pour qu'une prestation soit payable. De plus, toutes les prestations sont soumises aux restrictions, aux exclusions et aux réductions de couverture énoncées soit dans la description y afférente, soit dans une autre partie qui traite des restrictions et exclusions de couverture.

PARTIE B : AFFECTIONS COUVERTES

Le capital assuré au titre du présent contrat est versé à l'assuré en cas de diagnostic de la première des affections couvertes ci-après à survenir, à condition que l'assuré survive au-delà de la période d'attente prévue et satisfasse à toutes les dispositions ou conditions s'appliquant à l'affection couverte en question :

1. Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la croissance et la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » pour les cancers ne mettant pas la vie en danger suivants :

- carcinome *in situ*;
- mélanome malin au stade 1a (mélanome dont l'épaisseur est égale ou inférieure à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome et non métastatique;
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » si, dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de sa dernière remise en vigueur, selon celle de ces dates qui est la plus éloignée, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux ci-dessus doivent être communiqués à l'assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute affection couverte causée par un cancer ou son traitement.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les trente (30) jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

2. Crise cardiaque

Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;

- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

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

Exclusion : aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « crise cardiaque » dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les trente (30) jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

3. Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques,
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de trente (30) jours après la date d'établissement 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.

Exclusion : aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire,
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme,
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre jusqu'à ce que tous les critères énoncés ci-dessus soient satisfaits.

4. Pontage coronarien

Chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'un pontage par greffe. Les interventions non chirurgicales ou les techniques à base de cathéter, comme l'angioplastie par ballonnet et l'embolotomie au laser ne sont pas couvertes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les trente (30) jours suivant la date de la chirurgie.

5. Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique ou de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les trente (30) jours suivant la date de la chirurgie.

PARTIE C : AUTRES PRESTATIONS

Le présent contrat prévoit d'autres prestations, qui sont expliquées ci-dessous. **À noter que la garantie Remboursement des primes ne s'applique pas nécessairement à toutes les couvertures. Veuillez consulter le Sommaire du contrat pour en savoir plus sur la couverture sélectionnée.**

1. Services d'aide

Des services d'aide sont offerts à l'assuré qui souffre d'une affection couverte et qui a présenté une demande de règlement à cet égard. L'assuré pourra ainsi demander l'évaluation de son dossier médical, qui sera faite par un spécialiste de la discipline dont relève l'affection couverte en cause.

2. Garantie Remboursement des primes (optionnelle)

Si le présent contrat est toujours en vigueur à la date d'anniversaire contractuel suivant la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 75 ans (date à laquelle le présent contrat expire d'office) et si l'assuré n'a présenté aucune demande de règlement au titre du contrat, l'assureur lui remboursera la totalité des primes acquittées jusqu'à la date visée, à concurrence du capital assuré, aux conditions suivantes:

- a) l'assuré avait entre 18 ans et 55 ans à la date de souscription du contrat;
- b) la garantie Remboursement des primes est toujours en vigueur à la date d'expiration du contrat; et
- c) aucune période d'attente n'est en cours à l'égard d'une affection couverte.

Si une période d'attente est en cours à l'égard d'une affection couverte à la date d'expiration du contrat, ainsi qu'il est mentionné ci-dessus, la garantie reste en vigueur jusqu'à la fin de la période d'attente relative à l'affection couverte en question. Si, à ce moment, l'assuré est toujours vivant et a droit à la prestation pour l'affection couverte, la prestation au titre de la garantie Remboursement des primes n'est pas payable. Par contre, s'il survit à la période d'attente mais n'a pas droit à la prestation pour l'affection couverte pour quelque raison que ce soit, la prestation au titre de la garantie Remboursement des primes sera versée. S'il décède avant la fin de la période d'attente, la prestation au titre de la garantie Remboursement des primes sera versée aux ayants droit de l'assuré.

PARTIE D : RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

1. Outre les exclusions et restrictions énoncées dans le présent contrat, aucune prestation n'est payable au titre du contrat dans les cas suivants :
 - a) l'assuré souffre, au cours de la période de vingt-quatre (24) mois suivant la date d'effet du contrat ou la date de sa dernière remise en vigueur, d'une affection couverte attribuable directement ou indirectement ou liée d'une façon ou d'une autre à une *affection préexistante*.

Une *affection préexistante* s'entend d'une maladie ou d'une affection pour laquelle, durant la période de vingt-quatre (24) mois *précédant* la date d'effet du contrat ou la date de sa dernière remise en vigueur, l'assuré a reçu un diagnostic ou a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin, ou a reçu la recommandation de se faire traiter ou de consulter un médecin, a reçu une ordonnance ou pris des médicaments, a montré des signes, a présenté des symptômes, ou a subi des tests ou des examens.

- b) l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non, souffre d'une affection couverte attribuable directement ou indirectement ou liée d'une façon ou d'une autre à ce qui suit :
 - (i) blessures auto-infligées intentionnellement;
 - (ii) utilisation ou absorption délibérée, par l'assuré :
 - a) de tout médicament d'ordonnance ou de narcotique, sans respecter les directives d'un médecin;
 - b) de tout médicament ou narcotique légalement en vente libre au Canada, sans respecter les recommandations du fabricant;
 - c) de tout médicament ou narcotique dont la vente est interdite au Canada;
 - d) de toute substance toxique ou intoxicante, y compris l'alcool;
 - (iii) perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré; ou
 - (iv) conduite d'un véhicule motorisé par l'assuré, alors qu'il présente une alcoolémie de plus de 80 mg par 100 ml de sang;
- c) l'assuré souffre d'une affection couverte qui est diagnostiquée ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis, à moins qu'il ne fournisse tous les dossiers médicaux requis à l'assureur et que ce dernier ne soit d'avis que :
 - (i) le même diagnostic aurait été établi si l'affection couverte s'était manifestée au Canada ou aux États-Unis;
 - (ii) le médecin qui a établi le diagnostic était autorisé à pratiquer dans la région où le diagnostic a été posé et détenait des titres de compétence équivalents à ceux qui sont exigés au Canada ou aux États-Unis;

- (iii) le diagnostic est entièrement corroboré par tous les tests diagnostiques appropriés et les autres examens normalement faits au Canada ou aux États-Unis (y compris ceux qui sont exigés au titre du contrat); et
- (iv) le cas échéant, le même type de chirurgie ou de procédure exigé au titre du contrat aux fins de versement de la prestation aurait été conseillé si le diagnostic avait été établi au Canada ou aux États-Unis.

Si le diagnostic a été établi ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré de subir un examen médical indépendant, effectué par un médecin désigné par l'assureur.

PARTIE E : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

Pour avoir droit à la couverture, l'assuré doit, au moment de la proposition, être résident du Canada et avoir au moins 18 ans, mais pas plus de :

- 55 ans pour souscrire un capital assuré de 75 000 \$;
- 60 ans pour souscrire un capital assuré de 50 000 \$;
- 65 ans pour souscrire un capital assuré de 25 000 \$.

Date d'effet

Le présent contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Sommaire du contrat.

Incessibilité

Le présent contrat ne peut être transféré ni cédé à autrui, y compris un membre de la famille.

Délai de grâce

L'assureur accorde un délai de grâce de trente et un (31) jours pour le paiement d'une prime due, après la date d'échéance. Pendant ce temps, le contrat demeure en vigueur. En cas de non-paiement de la prime à la fin du délai de grâce, le contrat tombe en déchéance, toutes les couvertures y afférentes sont résiliées d'office et les obligations de l'assureur au titre

du contrat prennent fin. Les paiements partiels de prime faits au titre du contrat entre le début du délai de grâce et le jour où les couvertures sont résiliées sont remboursés, sous réserve de toute autre disposition du présent contrat à l'effet contraire. Si une prestation devient payable au cours du délai de grâce, elle sera versée après déduction des primes dues.

Provision insuffisante

Si le paiement de la prime ou de tout autre montant dû à l'assureur pour quelque raison que ce soit est refusé pour manque de fonds, l'assureur pourrait exiger des frais d'administration de vingt-cinq (25) dollars.

Remise en vigueur

Si le présent contrat tombe en déchéance, l'assuré peut en demander la remise en vigueur de son vivant, dans l'année suivant la date à laquelle la première prime impayée était exigible. Pour ce faire, il faut produire une preuve d'assurabilité que l'assureur juge satisfaisante et payer toutes les primes échues ainsi que les intérêts exigibles au taux établi par l'assureur. Le contrat ainsi remis en vigueur prend effet le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'assureur approuve la demande de remise en vigueur et les autres exigences de la présente disposition sont respectées.

Modification des primes

L'assureur peut modifier les primes à la fin de chaque période de renouvellement de cinq (5) ans.

Communication des renseignements

Comme condition préalable au versement des prestations prévues par le présent contrat, l'assuré autorise la communication de tous les renseignements raisonnablement nécessaires pour permettre à l'assureur de déterminer le droit aux prestations.

Versement des prestations

Les prestations sont versées par chèque à l'assuré, sauf stipulation contraire aux présentes.

Demande de changement pour les taux non-fumeurs

Un assuré qui paie des primes pour fumeurs peut demander à bénéficier du taux offert aux non-fumeurs s'il répond aux critères de la définition de non-fumeur

FINANCIÈRE MANUVIE

au titre du présent contrat. Ainsi, il ne doit pas avoir consommé de produits du tabac, de succédanés de nicotine, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana depuis douze (12) mois. Pour faire une demande à cet effet, l'assuré doit communiquer avec l'assureur par téléphone, par courriel ou par la poste. L'assureur lui indiquera les renseignements ou les documents requis pour demander cette modification. Si la demande est approuvée, toutes les primes ultérieures seront établies en fonction du taux offert aux non-fumeurs. Le changement prendra effet à la date d'échéance du paiement de prime suivant la date à laquelle l'assureur communiquera l'approbation du changement à l'assuré.

Déclaration inexacte quant à l'âge ou au sexe

L'assureur peut demander une preuve satisfaisante de l'âge ou du sexe de l'assuré, ou des deux. En cas de fausse déclaration quant à la date de naissance ou au sexe, si l'erreur a une incidence sur :

- a) la date à laquelle la couverture prend effet, est réduite ou prend fin,
- b) le montant ou le type de couverture, ou
- c) les droits et les prestations prévus au titre des présentes,

la date de naissance exacte ou le sexe véritable de l'assuré, ou les deux, prévalent et les primes sont rajustées en conséquence, s'il y a lieu.

Fausse déclarations et incontestabilité

Si l'assuré ou toute autre personne qui le représente répond à des questions sur sa santé, fait des déclarations à ce sujet, notamment sur l'absence de conditions précises relatives à la santé, ou soumet des renseignements d'ordre médical dans le cadre d'une proposition d'assurance au titre du présent contrat, et omet de communiquer des faits se rapportant à la proposition ou à ses déclarations ou les représente de manière erronée, l'assureur est en droit d'annuler la couverture au titre du présent contrat ou de refuser une demande de règlement. Dans ce cas, la responsabilité de l'assureur se limite au remboursement des primes admissibles, moins le montant des prestations déjà versées et les frais engagés pour faire enquête sur toute fausse déclaration ou, le cas échéant, toute demande de règlement, ou les deux. Si ces frais sont supérieurs au montant des primes admissibles à rembourser,

l'assuré et le titulaire du contrat (si ce sont deux personnes différentes) sont conjointement responsables de l'indemnisation de l'assureur, même après la résiliation du contrat. La couverture ne peut plus être annulée, sauf en cas de fraude, une fois qu'elle a été en vigueur pendant deux (2) années après la date d'effet du contrat ou la date de sa dernière remise en vigueur.

Exonération de responsabilité

L'assureur ne peut être tenu responsable des actes ou des omissions de tiers dispensant des soins, des services ou des fournitures à l'assuré. Son obligation se limite au versement des prestations conformément aux dispositions du présent contrat.

Avis donnés par l'assuré

Les avis que doit donner l'assuré conformément au présent contrat doivent être envoyés par courrier affranchi à l'adresse suivante :

Financière Manuvie
Marchés des groupes à affinités
P.O. Box 4213, Station A Toronto
(Ontario)
M5W 5M3

Avis donnés par l'assureur

Les avis que doit donner l'assureur conformément au présent contrat doivent être envoyés à l'adresse de l'assuré, telle qu'elle figure dans la proposition relative au présent contrat, ou à sa dernière adresse connue, telle qu'elle figure dans les dossiers de l'assureur.

Particularités provinciales

S'il y a lieu, les dispositions décrites dans le présent contrat seront adaptées pour satisfaire aux exigences minimales de la loi dans votre province ou territoire de résidence.

Période de restriction

Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables aux termes du contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable

Prescription des recours

Une poursuite ou une procédure similaire contre l'assureur pour un recouvrement au titre du présent contrat ne peut être intentée plus d'un an (ou une période plus longue si la loi applicable dans votre province prévoit une période plus longue) après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues exigibles ou l'auraient été si la demande de règlement avait été valide.

PARTIE F : RÉSILIATION

Le présent contrat et toutes les couvertures y afférentes prennent fin d'office à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date d'anniversaire contractuel qui suit le 75^e anniversaire de naissance de l'assuré;
- b) trente et un (31) jours après la date d'exigibilité d'une prime au titre du contrat (soit à la fin du délai de grâce), si la prime requise reste impayée;
- c) la date d'échéance de la prime suivant la date à laquelle l'assureur reçoit de l'assuré un avis écrit de résiliation de la couverture;
- d) la date à laquelle une prestation devient payable à l'égard d'une affection couverte, au titre du présent contrat, pourvu que l'assuré ait reçu la totalité des prestations qui lui sont dues;
- e) la date de décès de l'assuré.

PARTIE G : CONDITIONS LÉGALES

Contrat entre les parties

La proposition (ou l'enregistrement relatif à la proposition, si elle a été faite par téléphone), le présent contrat, les documents annexés au contrat lors de son établissement, ainsi que les modifications faites au contrat par la suite, constituent la totalité du contrat conclu entre les parties. Aucune autre information, verbale ou écrite, outre celle qui figure aux présentes, n'est valide. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contrat ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

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 expressément indiquée dans un écrit signé par l'assureur.

Faits essentiels à l'appréciation du risque

Aucune déclaration faite par l'assuré (ou, en son nom, par une autre personne) lors de la signature de la proposition relative au présent contrat ne doit être utilisée en défense contre une demande de règlement ou pour annuler ledit contrat, à moins qu'elle ne figure dans la proposition (ou dans l'enregistrement relatif à la proposition, si elle a été faite par téléphone) ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données par l'assuré ou en son nom lors de la signature de la proposition.

Avis et preuve de sinistre

L'assuré, un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement ou le représentant de l'un d'eux est tenu :

- a) de fournir un avis de sinistre écrit à l'assureur :
 - (i) soit en le lui remettant directement, soit en l'envoyant par courrier recommandé au siège social de l'assureur ou à son principal représentant dans la province;
 - (ii) soit en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province, dans les trente (30) jours suivant la date du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement au titre du contrat;
- b) dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement au titre du contrat, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies compte tenu des circonstances, pour déterminer le droit de l'auteur de la demande de règlement de recevoir paiement, ainsi que son âge et l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et
- c) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de la maladie, de l'affection ou de la procédure qui peut faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat.

Défaut de fournir l'avis ou la preuve

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande de règlement si l'avis est donné ou la preuve est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et au plus tard, dans l'année suivant la date du sinistre faisant l'objet de la demande de règlement au titre du contrat, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

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

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

Droit d'examen

Comme condition préalable au versement des prestations au titre du présent contrat :

- a) l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à l'assuré un examen aussi souvent qu'il est raisonnable de le faire, tant que le règlement est en suspens; et
- b) en cas de décès de l'assuré, l'assureur peut exiger une autopsie, sous réserve des lois en vigueur sur les autopsies dans le ressort visé.

Païement des sommes

L'assureur verse toutes les sommes payables au titre du présent contrat dans les soixante (60) jours suivant la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante, pourvu que toutes les conditions prévues par le contrat aient été respectées.

Désignation de bénéficiaire

Le présent contrat ne comprend pas le droit de nommer un bénéficiaire.

LES DISPOSITIONS LÉGALES CI-DESSUS PRIMENT SUR TOUTE AUTRE CLAUSE OU DISPOSITION DE LA PRÉSENTE CONTRAT.

PARTIE H : DÉFINITIONS

Dans le présent contrat, certains termes et expressions ont un sens précis :

Affection couverte : maladie, affection ou intervention qui sont expressément définies à la Partie B du présent contrat et qui ne sont pas expressément exclues dans la Partie B

Affection préexistante : maladie ou affection pour lesquelles, durant la période de vingt-quatre (24) mois précédant la date d'effet ou la date de la dernière remise en vigueur du contrat, l'assuré a reçu un diagnostic ou a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin, ou a reçu la recommandation de se faire traiter ou de consulter un médecin, a reçu une ordonnance ou pris des médicaments, a montré des signes ou des symptômes, ou a subi des tests ou des examens.

Assuré : personne couverte par le présent contrat, sous réserve du paiement des primes exigées.

Assureur : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

Capital assuré : montant d'assurance en vigueur au titre du contrat, tel que l'indique le Sommaire du contrat.

Chirurgie : exécution d'une procédure chirurgicale par un médecin, au Canada ou aux États-Unis.

Contrat : le présent contrat d'assurance et toutes les couvertures d'assurance y afférentes, ainsi que toute modification apportée subséquentement.

Couverture : garanties prévues au titre du contrat et capital assuré prévu à leur égard que l'assuré a choisis.

Date d'anniversaire contractuel : date tombant douze (12) mois après la date d'effet et cette même date chaque année par la suite.

Date d'effet : le jour où la couverture au titre du présent contrat entre en vigueur, tel que l'indique le Sommaire du contrat.

Délai de grâce : période suivant la date d'échéance d'une prime au cours de laquelle on peut régler la prime pour maintenir la couverture en vigueur.

Demande de règlement : demande présentée par l'assuré en vue du versement d'une prestation par l'assureur.

Diagnostic : diagnostic écrit d'une maladie ou d'une affection fourni par un médecin.

Financière Manuvie : La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

FINANCIÈRE MANUVIE

Jour : jour civil ou toute partie de ce jour. Aux fins de calcul d'une période au titre du présent contrat, le premier jour et le dernier jour comptent comme une journée, qu'il s'agisse d'une journée complète ou non.

Médecin : personne possédant les compétences et l'autorisation légale nécessaires pour exercer la médecine au Canada ou aux États-Unis. Il ne peut s'agir ni d'un membre de la famille, ni d'un associé de l'assuré, ni de l'auteur d'une demande de règlement relativement à l'assuré. Quand il est question d'une affection couverte, le médecin doit posséder les compétences nécessaires dans la discipline médicale visée.

Non-fumeur : s'entend d'une personne qui n'a pas consommé de produits du tabac, de succédanés de nicotine, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana depuis douze (12) mois.

Période d'attente : nombre minimum de jours suivant la date d'un diagnostic ou d'une intervention chirurgicale pendant lesquels l'assuré doit survivre pour avoir droit à une prestation.

Prestation : montant payable si l'assuré souffre d'une affection couverte et satisfait à toutes les conditions applicables ou, en ce qui concerne la partie C, services décrits au paragraphe C.1 ou remboursement des primes prévu au paragraphe C. 2.

Résident du Canada : personne qui a un lieu de résidence permanent au Canada et qui y a habité pendant au moins 183 jours au cours des douze (12) derniers mois.

Spécialiste : personne possédant les compétences et l'autorisation légale nécessaires pour exercer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui détient 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. En cas d'absence ou de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une affection peut être diagnostiquée par un médecin.

Le terme « spécialiste » comprend, entre autres, les cardiologues, les neurologues, les oncologues et les internistes. Le spécialiste ne peut pas être un membre de la famille ou un associé de l'assuré, ni du titulaire du contrat ni de l'auteur d'une demande de règlement faite relativement à l'assuré..

Survivre : le fait que l'assuré soit toujours vivant. S'il est stipulé que l'assuré doit survivre un certain nombre de jours avant d'avoir droit à une prestation, cela signifie qu'il doit être vivant à la fin de la période de survie imposée, sans être maintenu en vie par des moyens artificiels. L'assuré ne sera plus considéré comme étant vivant au moment où cessent de manière irréversible toutes les fonctions de son cerveau (y compris le tronc cérébral), selon les critères médicaux généralement acceptés.

Titulaire du contrat : personne qui a demandé la couverture et qui détient les droits que confère le contrat.

Traitement : toute mesure médicale, thérapeutique ou diagnostique raisonnable, prescrite par un médecin ou un autre professionnel de la santé, sous quelque forme que ce soit, y compris un médicament prescrit, des tests diagnostiques raisonnables, une hospitalisation, une chirurgie ou d'autres soins médicaux prescrits ou recommandés.