

Spécimen du contrat

Le présent spécimen de contrat vous est fourni à titre purement informatif.
Il ne constitue pas un contrat valide ni une offre d'assurance.

RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Auprès de

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS

TABLE DES MATIÈRES

Partie 1 : Définitions

Partie 3 : Primes

Partie 5 : Prestations

Partie 6 : Autres prestations

Partie 2 : Arrangements Contractuels

Partie 4 : Demandes de règlement

payables en cas d'invalidité

Partie 7 : Exclusions

Partie 8 : Conditions d'admissibilité

Partie 1 : DÉFINITIONS

Par **nous, notre** et **Manuvie**, on entend La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, Marchés des Groupes à affinités, P.O. Box 670, Station Waterloo, Waterloo, Ontario N2J 4B8.

Par **vous, votre** et **personne assurée**, on entend la personne nommée à titre de personne assurée au Tableau des prestations.

L'**âge de résiliation** est l'âge auquel votre couverture d'assurance est résiliée d'office. L'âge de résiliation est soixante-dix ans.

Par **membre**, on entend la définition de **membre** dans la partie 8.

Par **membre assuré**, on entend le membre sur la tête duquel le présent certificat est établi par nous en vertu des modalités du contrat-cadre.

Par **enfant**, on entend un enfant naturel ou adopté du membre assuré ou un enfant du conjoint du membre assuré, qui n'est pas marié, qui dépend financièrement du membre assuré et qui :

- est âgé de moins de 21 ans; ou
- est âgé d'au moins 21 ans, mais de moins de 25 ans et qui fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu (y compris un cégep ou une université).

Par **conjoint**, on entend une personne qui :

- est légalement mariée avec le membre assuré; ou
- si elle n'est pas légalement mariée avec le membre assuré, qui vit avec le membre assuré dans une relation conjugale depuis au moins douze mois sans interruption.

Par **membre de la famille**, on entend :

- le conjoint d'un membre assuré, qui est âgé de moins de 70 ans à la date à laquelle le diagnostic d'une affection en phase terminale est posé; ou
- l'enfant d'un membre assuré.

La **prestation mensuelle** correspond au montant d'assurance prévu et détermine les paiements mensuels que nous versons si vous devenez totalement invalide, sous réserve des qualifications, limitations et exclusions prévues dans les présentes dispositions.

Le **délai de carence** correspond au nombre de jours d'invalidité totale ou partielle due à la même cause ou à une cause connexe, accumulés durant une période de douze mois ou moins, au cours de laquelle aucune prestation n'est payable. Cette période commence à partir de la date de la première visite d'un médecin ou à son cabinet pour un traitement médical d'une telle invalidité totale et est calculée à partir de cette date. Le délai de carence est stipulé au Tableau des prestations.

Par **période de prestation pour une maladie ou une blessure**, on entend la période maximale au cours de laquelle des prestations sont versées pour une invalidité totale causée par une maladie ou une blessure. La période de prestation est stipulée au Tableau des prestations.

Par **blessure**, on entend toute blessure corporelle accidentelle que le membre assuré subit pendant que son assurance est en vigueur et qui entraîne directement, et indépendamment de toute autre cause, une invalidité. Cependant, une blessure qui entraîne une invalidité causée directement ou indirectement par :

- toute forme de maladie, d'hernie ou d'affection dégénérative, ou
 - toute infection, autre que l'infection d'une coupure ou d'une blessure externe visible et accidentelle
- est considérée comme une maladie aux fins de la présente assurance.

Par **maladie**, on entend toute maladie qui, à moins que le membre assuré ne l'ait déclarée dans la proposition, se manifeste pour la première fois pendant que son assurance est en vigueur et occasionne une invalidité ou une perte pendant que l'assurance est en vigueur

Par **médecin**, on entend un docteur en médecine dûment autorisé à exercer la médecine et reconnu par l'ordre des médecins et chirurgiens de la province dans laquelle le traitement est donné.

Le médecin est une personne autre que vous-même ou un membre de votre famille immédiate et ne réside pas avec vous.

Par **suivi régulièrement par un médecin**, on entend un programme prévu d'observations et de traitements du membre assuré par un médecin, qui une fois commencé, se poursuit conformément aux normes existantes relatives à l'exercice de la médecine pour la blessure ou la maladie ayant occasionné la perte.

Par **invalidité** et **invalide**, on entend une invalidité totale ou partielle ou le fait d'être totalement ou partiellement invalide respectivement.

Par **invalidité totale**, on entend l'incapacité totale et continue du membre assuré, en raison d'une maladie ou d'une blessure pour laquelle le membre assuré est suivi régulièrement par un médecin, d'exécuter les tâches importantes et régulières de son emploi. Le membre assuré n'est en aucun cas réputé être totalement invalide s'il exerce tout emploi rémunéré. Des preuves médicales attestant de déficiences, restrictions et limitations qui vous empêchent d'exécuter ces tâches sont exigées.

Par **invalidité partielle ou partiellement invalide**, on entend qu'en raison d'une blessure ou d'une maladie :

- vous n'êtes pas totalement invalide;
- vous êtes suivi régulièrement par un médecin et vous suivez le traitement approprié recommandé;
- vous répondez à la condition (i) ou (ii) ci-après :
 - vous exercez votre emploi régulier, mais êtes incapable d'effectuer une ou plusieurs tâches importantes, ou êtes incapable de travailler pendant plus de la moitié du temps que vous passiez habituellement à ce travail avant le début de la blessure ou de la maladie; ou
 - vous exercez un autre emploi rémunéré, mais êtes incapable de travailler plus de 20 heures par semaine.

Par **invalidité résiduelle**, on entend :

- l'incapacité du membre assuré, en raison d'une maladie ou d'une blessure d'effectuer une ou plusieurs tâches importantes de son emploi, ce qui entraîne un coefficient de perte de revenu continue de 20 % ou plus. Cette invalidité résiduelle est désignée dans les présentes comme une invalidité partielle résiduelle; ou
- l'incapacité totale du membre assuré, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'exercer son emploi sous n'importe quelle forme, pendant qu'il exerce tout autre emploi rémunéré, ce qui entraîne un coefficient de perte de revenu continue de 20 %

ou plus. Cette invalidité résiduelle est désignée en vertu des présentes comme une invalidité résiduelle avec emploi de réadaptation.

Il n'est pas question d'invalidité résiduelle si le membre assuré n'est pas suivi régulièrement par un médecin pour son invalidité résiduelle, à moins que le membre assuré exerce un emploi de réadaptation approuvé ou qu'il souffre d'un handicap physique pour lequel aucun soin ou traitement médical ne soit nécessaire.

Par **diagnostic d'une affection en phase terminale**, on entend le diagnostic initial, posé par un médecin, d'un problème médical touchant un membre de la famille, qui, selon le pronostic, a tout au plus un an à vivre.

Par **date d'invalidité**, on entend la date à laquelle vous êtes réputé totalement invalide aux fins de votre demande de règlement actuelle.

Par **revenu**, on entend, les salaires, les bonis, les commissions, les honoraires, le revenu net tiré d'un emploi autonome et toute autre rémunération reçue pour des services personnels effectivement dispensés durant la période pour laquelle le calcul est effectué.

N'entrent pas en ligne de compte :

- tout revenu reçu d'un régime de pension ou de rente, d'un régime de participation différée aux bénéfices ou de rémunération différée;
- tout revenu de placement, les loyers, les redevances, le revenu tiré de régimes d'État, ou tout autre revenu ne provenant pas des activités professionnelles du membre assuré;
- tout revenu qui est déductible du revenu brut à titre de dépenses d'entreprise aux fins d'impôt sur le revenu;
- tout revenu reçu à la suite d'une indemnité de fin d'emploi ou de retraite.

Par **perte de revenu** pour un mois donné, on entend la différence entre le revenu mensuel moyen avant l'invalidité et le revenu du membre assuré pour le mois donné.

Par **revenu mensuel moyen avant l'invalidité**, on entend le revenu le plus élevé entre :

- le revenu mensuel moyen du membre assuré durant sa dernière année d'imposition, ou
- la moyenne des 24 mois précédents.

Aucune période d'invalidité indemnisable n'est utilisée dans le calcul du revenu mensuel moyen. Si un membre assuré a reçu des prestations d'invalidité pendant douze mois consécutifs, le revenu mensuel moyen avant l'invalidité est augmenté au début de chaque période successive de douze mois en fonction du facteur de redressement en fonction du coût de la vie pour cette période.

Redressement en fonction du coût de la vie Lorsque nous aurons versé des prestations pendant une période de douze mois consécutifs, les paiements de prestations subséquentes seront basés sur une prestation mensuelle rajustée. La prestation mensuelle rajustée est égale à la prestation mensuelle versée au cours de la période de douze mois précédente, augmentée chaque année à partir du 13^e paiement mensuel par le moindre des montants suivants :

- la prestation mensuelle courante multipliée par 5 % ;
- la prestation mensuelle courante multipliée par le facteur de redressement en fonction du coût de la vie pour la période de douze mois subséquente.

Cette prestation est assujettie aux limitations suivantes :

- la période de prestation maximale pour les augmentations concernant le redressement en fonction du coût de la vie en raison d'une maladie, s'étend jusqu'à l'âge de 70 ans.
- l'augmentation maximale pour chaque tranche de 100 \$ de prestation mensuelle initiale est 200 \$ ou le montant atteint à l'âge de 70 ans, selon le montant le moins élevé; sauf que si l'augmentation à l'âge de 70 ans n'a pas atteint 100 \$ pour chaque tranche de 100 \$ ou prestation mensuelle initiale, les augmentations continueront annuellement jusqu'à ce que la limite de 100 \$ par tranche de 100 \$ de prestation mensuelle soit atteinte.

De telles augmentations sont composées annuellement.

Les paiements de prestation mensuelle subséquents pour une invalidité totale ou partielle égalent la prestation mensuelle rajustée.

Par **facteur de redressement en fonction du coût de la vie** pour une période, on entend le taux de variation dans l'indice des prix à la consommation (IPC). Le chiffre utilisé par Manuvie est le taux de variation d'année en année à la fin de chaque trimestre civil (mars, juin, septembre et décembre) et le pourcentage d'augmentation utilisé doit être conforme au tableau suivant :

Date au début de la période	Modification d'année en année de l'IPC
entre	
1 ^{er} janvier au 31 mars	septembre précédent
1 ^{er} avril et 30 juin	décembre précédent
1 ^{er} juillet et 30 septembre	mars précédent
1 ^{er} octobre et 31 décembre	juin précédent

Par **programme de réadaptation**, on entend un plan de formation ou d'activité professionnelle recommandé ou approuvé par Manuvie et qui a pour but d'aider la personne assurée invalide à réintégrer le marché du travail.

Par **emploi de réadaptation**, on entend un emploi rémunéré que le membre assuré exerce pendant qu'il est incapable d'exercer son propre emploi sous n'importe quelle forme en raison d'une maladie ou d'une blessure.

Par **perte catastrophique**, on entend que vous devez répondre au *critère minimum dans l'une* des quatre catégories suivantes.

Cependant, une perte catastrophique n'existe pas si vous exercez un emploi rémunéré. Une perte catastrophique n'existe pas à moins que vous ne soyez suivi régulièrement par un médecin et que vous suiviez le traitement approprié recommandé. Pendant que vous subissez une perte catastrophique, vous êtes réputé être totalement invalide.

1. **Entretien de sa personne** — Pour répondre au critère minimum de cette catégorie, vous devez être incapable d'accomplir **deux** des quatre activités suivantes :

- Se nourrir** — Consommer de la nourriture déjà préparée et rendue accessible par le moyen d'ustensils ordinaires ou adaptés.
- Aller à la toilette** — Aller à la toilette et en revenir, s'asseoir sur le siège et se relever et maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle pour le corps, avec ou sans l'aide d'équipement.
- S'habiller** — Se vêtir et se dévêtir, installer ou enlever des attelles ou des membres artificiels, attacher ou détacher les vêtements ou les appareils.
- Prendre un bain** — Prendre un bain ou une douche ou maintenir par d'autres moyens une propreté personnelle adéquate, avec ou sans l'aide d'équipement spécial.

2. **Déplacement et mobilité** — Pour répondre au critère minimum de cette catégorie, vous devez être incapable d'accomplir **deux** des trois activités suivantes :

- Se mouvoir** — S'asseoir sur une chaise et s'en relever (y compris un fauteuil roulant) ou se mettre au lit et en sortir. Si vous pouvez vous mouvoir à l'aide d'une canne, de béquilles ou d'un déambulateur, vous êtes considéré comme pouvant vous mouvoir.

- (b) **Se déplacer** — Entrer dans son domicile et en sortir avec ou sans aides mécaniques (canne, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant).
 - (c) **Voyager** — Voyager par soi-même avec ou sans aides mécaniques (canne, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant) dans les transports en commun, conduire votre propre voiture ou organiser votre propre déplacement.
3. **Capacité cognitive** — Pour répondre au critère minimum de cette catégorie, vous devez être incapable d'accomplir **deux** des quatre activités suivantes :
- (a) **Soins de la santé** — Prendre un rendez-vous auprès d'un médecin et de prendre la quantité prescrite de médicaments aux heures désignées et de la bonne façon, tout cela sans aide.
 - (b) **Acuité mentale** — Retenir et rappeler les événements, les faits et l'orientation récents. Être bien au fait de l'heure, de l'endroit et de la personne.
 - (c) **Finances** — Connaître l'argent et sa valeur d'échange et s'occuper des finances de base du ménage.
 - (d) **Communication** — Être capable de prendre un message téléphonique avec ou sans recours à des aides électroniques ou mécaniques.
4. **Maladie en phase terminale** — Pour répondre au critère de cette catégorie, vous devez être l'objet d'un diagnostic de malade en phase terminale avec une espérance de vie inférieure à un an telle que jugée par nous d'après les renseignements médicaux fournis.

Partie 2 : ARRANGEMENTS CONTRACTUELS

1. **Contrat légal** Votre certificat d'assurance est établi en contrepartie des déclarations que vous avez faites dans votre proposition, dont une copie devrait être annexée à votre certificat. La police, tout avenant y afférent, votre proposition et les présentes dispositions, sous réserve de toute modification apportée conformément aux présentes dispositions, constituent le contrat indivisible établi entre nous et la personne assurée nommée au Tableau des prestations. Seul le président, un vice-président, un secrétaire ou un trésorier de Manuvic est autorisé à effectuer ou à modifier le contrat d'assurance.
2. **Date d'entrée en vigueur de l'assurance** En vertu des présentes, l'assurance prend effet à la date d'entrée en vigueur indiquée au Tableau des prestations. Toutes les périodes d'assurance commencent et se terminent à 00h01, heure normale à l'adresse de résidence de la personne assurée.
3. **Renouvellement, modification ou résiliation de la police** Les modalités du contrat-cadre peuvent, en tout temps, être modifiées par une entente entre Associations d'ingénieurs et nous sans nécessiter votre consentement ou sans qu'un avis ne vous soit donné, sauf si la modification change les modalités et les conditions de votre assurance, nous fournirons alors des avenants ou des documents de modification au Associations d'ingénieurs pour qu'ils vous soient remis. Nous garantissons le renouvellement de la couverture, néanmoins, nous nous réservons le droit de réviser la suffisance des taux et de les augmenter au besoin.
À MOINS D'INDICATION EXPLICITE DANS LES PRÉSENTES DISPOSITIONS, NOUS NE POUVONS MODIFIER OU RÉSILIER LA PRÉSENTE POLICE QUE SI NOUS L'AVONS FAIT POUR TOUTES LES AUTRES PERSONNES ASSURÉES EN VERTU DU MÊME RÉGIME DANS UNE PROVINCE.
AUCUNE MODIFICATION PORTÉE À LA PRÉSENTE POLICE, QUI AFFECTE DÉFAVORABLEMENT VOTRE ASSURANCE, NE SERA AFFECTÉE À UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT EN SUSPENS OU EN COURS.
4. **Résiliation de votre assurance** L'assurance sur la tête d'une personne assurée est résiliée à la première des dates suivantes à survenir :
 - (a) à la date à laquelle le contrat-cadre est résilié si la prime de renouvellement de la personne assurée vient à échéance à cette date, ou à la date de renouvellement de la prime qui suit la date à laquelle le contrat-cadre est résilié si la prime de renouvellement de la personne assurée ne vient pas à échéance à cette date;
 - (b) à la date d'échéance de la prime de renouvellement qui coïncide avec la date à laquelle la personne assurée prend sa retraite ou cesse d'exercer activement les tâches de son emploi, ou qui suit cette date.
 - (c) à la date d'échéance de la prime de renouvellement qui survient après que la personne assurée a atteint l'âge de résiliation; ou
 - (d) à l'expiration des jours de grâce, si la personne assurée néglige de verser la prime requise.
 Tout paiement de prime à l'avance au-delà de la date de résiliation de l'assurance est remboursé à la personne assurée sur demande. La résiliation de l'assurance sur la tête d'une personne assurée durant une période d'invalidité est effectuée s o u s réserve de toute demande de règlement visant la portion de la période d'invalidité qui suit la date de résiliation, pourvu que celle-ci ne soit pas interrompue par une reprise des tâches de son emploi par la personne assurée.
5. **Déclaration inexacte de l'âge** Dans le cas d'une fausse déclaration relativement à votre date de naissance, la date de naissance réelle prévaut et les prestations, si elles sont permises par les présentes, se limitent à celles qui auraient été permises si la date de naissance réelle avait été déclarée dans la proposition.
6. **Absence d'abandon** Tout abandon ou tout défaut de notre part d'insister sur l'exécution ou l'observation de toute entente, condition ou disposition du présent certificat ne doit pas être interprété comme un abandon d'une rupture subséquente, en tout ou en partie, de la même entente, condition ou disposition.
7. **Monnaie** Tout montant payable à nous ou par nous, en vertu de cette assurance est payable au Canada en monnaie canadienne légale.
8. **Lois régissant le contrat** Votre assurance est assujettie aux lois de votre province de résidence.
9. **Police sans participation** La présente assurance est un contrat sans participation qui n'ouvre pas droit à l'excédent de la Compagnie.
10. **Remise en vigueur** Le présent certificat peut être remis en vigueur en tout temps dans les six mois qui suivent la date de déchéance, sous réserve des conditions suivantes :
 - (a) réception par nous d'une preuve satisfaisante de la bonne santé et de l'assurabilité de la personne assurée, déterminée en fonction des mêmes critères en vigueur au moment de l'établissement de la couverture;
 - (b) réception par nous de toutes les primes en souffrance, avec intérêt;
 - (c) confirmation écrite fournie par nous.
11. **Divulgarion** Vous devez divulguer, dans la proposition visant le présent certificat ou dans toute demande de remise en vigueur, tous les faits importants par rapport au contrat. Sous réserve des dispositions d'incontestabilité, tout défaut de le faire ou toute déclaration erronée de faits importants dans la proposition nous donne le droit de résilier la couverture. Si nous résilions la couverture, nous remboursons toutes les primes payées sans intérêt.

12. **Incontestabilité** Le produit du présent certificat ou du contrat-cadre peut être contesté si une déclaration ou une réponse faites dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou document écrits et soumis à titre de preuve d'assurabilité, représentent faussement ou omettent de divulguer tout fait important par rapport à l'assurance. Sauf dans le cas de fraude, l'assureur ne peut contester le présent certificat après que ledit certificat ait été en vigueur du vivant du membre assuré pendant deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur du certificat ou de la dernière date de remise en vigueur, selon la date la plus récente.
Aucune demande de prestations soumise deux ans après la date d'entrée en vigueur du certificat ne sera réduite ou refusée sous prétexte qu'une maladie ou un trouble physique existait avant la date d'entrée en vigueur, sauf si la maladie ou le trouble physique est expressément exclue de cette assurance, ou l'aurait été s'il avait été divulgué à l'assureur au moment de la proposition.
13. **Bénéficiaire** Le droit de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables se limite aux sommes payables par suite d'un décès.
14. **Délai de prescription** Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables aux termes du présent contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la *Loi sur les assurances* ou la *Loi de 2002 sur la prescription des actions pour l'Ontario*, ou toute autre loi applicable.
15. **Droit d'obtenir des copies des documents** S'il en reçoit la demande, l'assureur fournit au demandeur ou à l'assuré une copie de la proposition en question ainsi que tout document transmis à l'assureur à titre de preuve d'assurabilité, dans la mesure prévue par la loi.

Partie 3 : PRIMES ET AVIS DE CHANGEMENT D'ADRESSE

1. **Contrepartie** L'assurance prévue par votre certificat est accordée en contrepartie du paiement des primes quand celles-ci deviennent échues.
2. **Date d'échéance** La prime d'assurance est payable en avance et est échue et payable à la date d'entrée en vigueur de la couverture et, par la suite, à chaque date de renouvellement de la prime.
Les primes peuvent être payées en versements conformément aux modalités et dispositions en vigueur pour ces paiements à la date d'échéance.
3. **Jours de grâce** Après le paiement de la première prime par le membre assuré, l'assureur accorde un délai de grâce de trente et un jours à partir de la date d'échéance de chaque prime ou versement pour le paiement des primes ou versements subséquents. Durant ce délai de grâce, l'assurance fournie demeure en vigueur.
4. **Montant de la prime** Le montant de chaque prime est déterminé en fonction de votre âge atteint à la date d'échéance de la prime, du régime d'assurance accordé et des taux de primes en vigueur en vertu des modalités de la police, sous réserve de tout rajustement au taux de prime régulier indiqué dans votre certificat d'assurance. Les primes ainsi déterminées, ou les versements correspondants, sont facturés par Manuvie.
5. **Erreurs de facturation** Si le montant facturé par Manuvie est par la suite jugé incorrect, l'erreur sera rectifiée. Si vous devez un solde, une facture modifiée est émise et le montant du rajustement est exigible dans les 31 jours de la date de la nouvelle facture.
Par ailleurs, aucune correction n'est effectuée rétroactivement pour une période de plus de six mois si les primes facturées sont inférieures au montant exact, à moins que l'erreur ne soit due à des renseignements inexacts que vous aviez transmis ou qui avaient été transmis en votre nom.
6. **Paiement de primes tardif** Votre couverture prend fin si une

prime n'est pas payée à la date d'échéance ou au cours des jours de grâce qui suivent.

7. **Non réception d'un avis de facturation** Si le membre assuré ne reçoit pas d'avis de facturation dans les cinq jours de la date d'échéance d'une prime, le membre doit quand même effectuer un paiement conditionnel à l'intention de Manuvie au cours des jours de grâce correspondant au moins à la prime facturée à la date d'échéance précédente.
Le paiement conditionnel est assujéti à un rajustement, au besoin.
Si le propriétaire ne reçoit pas de facture, il doit en aviser Manuvie par courrier recommandé.
Le paiement conditionnel est assujéti à un rajustement, au besoin, après que l'erreur de facturation a été corrigée.
8. **Variations de primes** Les primes peuvent varier au fur et à mesure que vous vieillissez. De plus, nous nous réservons le droit de modifier les taux de prime et vous informerons de toute augmentation de primes, le cas échéant.
9. **Avis de changement d'adresse** Vous êtes tenu d'informer Manuvie de tout changement d'adresse dans les plus brefs délais. Si aucun avis n'a été reçu, on présumera que l'adresse la plus récente que vous nous avez communiquée est exacte aux fins de la police.

Partie 4 : DEMANDES DE RÈGLEMENT

1. **Avis et preuve de sinistre** Le membre assuré, ou son mandataire, est autorisé à déposer une demande de règlement en vertu du présent contrat et doit remettre à Manuvie un avis de sinistre écrit :
 - (i) en le remettant en mains propres ou en l'expédiant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assuré dans la province, ou
 - (ii) en le remettant en mains propres à un agent autorisé de Manuvie dans la province, au plus tard 30 jours suivant la date de la blessure ou le début de l'invalidité en raison d'une maladie.
2. **Preuve d'invalidité** Une preuve d'invalidité comprend les formulaires de demandes de règlement initiaux et tous renseignements d'ordre médical, psychiatrique, psychologique, scolaire, professionnel, financier ou autres que Manuvie juge nécessaire à l'évaluation de la demande.
Manuvie doit recevoir les formulaires initiaux dans les trois mois suivant la date du début de l'invalidité.
Si un assuré totalement invalide a également droit à des prestations de la CSST/CAT ou de toute autre source, la période au cours de laquelle la demande doit être déposée en vertu du présent certificat est déterminée comme si l'assuré n'était pas admissible à ces prestations.
Manuvie peut, en tout temps avant ou après l'approbation de la demande de règlement, demander à l'assuré d'autres renseignements d'ordre médical, psychiatrique, psychologique, scolaire, financier, professionnel ou autres que nous jugeons nécessaires à l'évaluation ou la réévaluation de la demande de règlement. Ces renseignements sont obtenus d'un examinateur ou d'une personne approuvée par Manuvie.
3. **Preuve de perte** Vous devez soumettre une preuve que vous avez été invalide dans les trois mois suivant la date de début de l'invalidité. Cependant, tout défaut de le faire n'a pas pour effet d'invalider la demande ni de réduire le montant des prestations payables, s'il n'était pas raisonnablement possible de fournir cette preuve dans le délai prescrit et que la preuve est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard douze mois suivant la date de début de l'invalidité, à moins d'être légalement incapable.
Si vous êtes incapable de fournir un avis de sinistre ou une preuve de perte en raison de la nature de votre invalidité, une personne agissant en votre nom peut alors le faire.

4. **Défaut de donner un avis ou une preuve de sinistre** Le défaut de donner un avis de sinistre ou de fournir une preuve de sinistre dans les délais prescrits n'invalide pas la demande de règlement si l'avis ou la preuve est fournis dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais en aucun cas plus d'un an à compter de la date de l'accident qui occasionne la blessure ou le début de l'invalidité en raison d'une maladie, s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire dans les délais prescrits.
5. **L'assureur doit fournir les formulaires de preuve de sinistre** Manuvie doit fournir les formulaires de preuve de sinistre dans les quinze jours qui suivent la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, si le membre n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve sous forme de déclaration écrite, indiquant la survenance et la nature de la blessure, de la maladie qui ont donné lieu à la demande de règlement et l'étendue de la perte subie.
6. **Prestations payables en cas de perte de temps** Les prestations initiales en cas de perte de temps seront versées par Manuvie dans les trente et un jours de la réception de la preuve satisfaisante de sinistre. Par la suite, les paiements sont effectués au cours de chaque période subséquente de soixante jours, sauf dans la province de Québec où cette période est de trente jours, durant laquelle Manuvie demeure responsable du paiement si le membre assuré fournit, sur demande, une preuve de prolongation d'invalidité avant les paiements.
7. **Examen des dossiers** Tous les dossiers de l'Association ou du membre assuré qui contiennent des renseignements pertinents par rapport à l'assurance en vertu du contrat-cadre peuvent faire l'objet d'un examen par Manuvie pendant la durée du contrat-cadre et dans un délai d'un an suivant la résiliation dudit contrat-cadre.
8. **Droit d'examen** Nous avons le droit d'examiner les membres assurés aussi souvent que nous le jugeons raisonnable de le faire, pendant que la demande de règlement est en suspens, et le membre assuré doit permettre à Manuvie de le faire et dans le cas du décès du membre assuré, de faire faire une autopsie, sous réserve de toute loi de la province concernant les autopsies.
9. **Liberté de choix d'un médecin et d'un hôpital** Le membre assuré a le seul droit de choisir son propre médecin et son propre hôpital, et la relation médecin-patient doit être maintenue, sous réserve de la section 8 qui précède.
10. **Poursuites judiciaires** Toute poursuite ou action contre Manuvie aux fins de recouvrement d'une demande de règlement doit être intentée dans l'année qui suit la cause de la poursuite, sauf dans la province de Québec où la poursuite peut être intentée dans les trois ans qui suivent.
11. **Arbitrage** Advenant que le membre assuré et Manuvie soient en désaccord sur les faits ou le montant de l'indemnité suite à une demande de règlement, à la demande écrite du membre assuré, l'affaire en litige peut être soumise à trois arbitres compétents qui sont choisis de la façon suivante :
 - (a) un par le membre assuré,
 - (b) un par Manuvie,
 - (c) et l'autre est nommé par entente mutuelle par les deux arbitres ainsi choisis.

Toute décision acceptée par les arbitres est définitive et obligatoire pour le membre assuré et Manuvie. Les honoraires des arbitres ainsi choisis sont partagés en parts égales.

Partie 5 : PRESTATIONS PAYABLES EN CAS D'INVALIDITÉ

1. **Consentement à payer** Si le membre assuré devient invalide pendant que le présent certificat est en vigueur, nous versons au membre assuré des prestations mensuelles, un mois en arrière, tel que décrit au Tableau des prestations, sous réserve de la période de prestations maximale et du délai de carence indiqués au Tableau des prestations.
Aucune prestation n'est versée aux termes de cette partie pour toute période d'invalidité durant laquelle le membre assuré n'est pas suivi régulièrement par un médecin; de plus, aucune prestation n'est versée en vertu de plus d'un paragraphe des présentes pour la même période d'invalidité.
2. **Rapport revenu à assurance** Lorsque les prestations pour perte de temps payables en vertu de la présente assurance, qu'il s'agisse de ces prestations seules ou de ces prestations de concert avec les prestations pour perte de temps en vertu d'un autre contrat, y compris un contrat d'assurance collective en cas d'accident ou une assurance collective en cas de maladie mais à l'exclusion des prestations aux termes du Régime des rentes du Québec/Régime de pensions du Canada ou de la CSST/CAT, dépassent la valeur monétaire du temps du membre assuré, Manuvie n'est responsable que pour la partie des prestations relative à la perte de temps indiquée dans le présent certificat selon la valeur monétaire du temps du membre assuré par rapport au total des prestations pour perte de temps payables en vertu de tous les contrats et la prime excédentaire, s'il y a lieu, versée par le membre assuré lui est remboursée par Manuvie.
Dans la province de Québec, le rapport revenu à assurance suivant s'applique. Lorsque les prestations pour perte de temps payables en vertu de la présente assurance, qu'il s'agisse de ces prestations seules ou de ces prestations de concert avec les prestations pour perte de temps en vertu d'un autre contrat, dépassent le revenu moyen du membre assuré pour les trois meilleurs années de rémunération au cours des cinq dernières années précédant l'invalidité, les indemnités sont ramenées proportionnellement audit revenu moyen mais ne sont jamais inférieures au minimum prescrit par les règlements de la loi sur les assurances du Québec.
3. **Montant de prestations pendant une invalidité totale** À moins que le montant ne soit réduit conformément aux limitations prévues à la section 6 de la présente partie, le montant payable pour chaque mois d'invalidité totale correspond à la prestation mensuelle indiquée dans votre certificat. Si la prestation est payable pendant une période de moins d'un mois, le montant payable pour chaque jour de la période correspond à un trentième de la prestation mensuelle.
4. **Prestations d'invalidité résiduelle**
 - (a) **Invalidité partielle résiduelle** Lorsqu'une blessure ou une maladie, laquelle s'est manifestée pour la première fois avant le sixième anniversaire de naissance du membre assuré, donne lieu à une invalidité partielle résiduelle continue pour le membre assuré, Manuvie verse une prestation d'invalidité résiduelle égale au produit de l'indemnité mensuelle applicable et du coefficient de perte de revenu, pour chaque mois durant lequel se poursuit l'invalidité partielle résiduelle.
 - (b) **Invalidité résiduelle avec emploi de réadaptation** Lorsque le membre assuré exerce un emploi de réadaptation en raison d'une blessure ou d'une maladie, qui s'est manifestée pour la première fois avant son sixième anniversaire de naissance, Manuvie verse une prestation d'invalidité résiduelle égale au produit de l'indemnité mensuelle applicable et du coefficient de perte de revenu, pour chaque mois durant lequel se poursuit l'emploi de réadaptation.

Aucune prestation n'est versée aux termes de cette section si le revenu mensuel du membre assuré pour ledit mois représente quatre-vingt pour cent (80 %) ou plus du revenu mensuel moyen du membre assuré avant l'invalidité, et aucune prestation d'invalidité résiduelle pour une période continue d'invalidité partielle résiduelle ou d'invalidité résiduelle avec emploi de réadaptation ne sera versée par la suite, ni ne sera versée au-delà de la période de prestations maximale du membre assuré en cas de maladie, peu importe que l'invalidité du membre assuré provenait d'une maladie ou d'une blessure. Durant une période d'invalidité résiduelle au cours de laquelle des prestations sont payables aux termes de cette section, le membre assuré doit périodiquement fournir à Manuvie une preuve écrite suffisante permettant de déterminer toute réduction du revenu mensuel du membre assuré. Une preuve écrite peut comprendre, mais non de façon limitative, les déclarations d'impôt sur le revenu (fédérale ou provinciale), les états des résultats, les rapports de vérification et les dossiers de paye.

- (c) **Prestations d'invalidité partielle** Lorsque le membre assuré immédiatement après une période d'invalidité totale, laquelle a commencé le jour de son soixantième anniversaire de naissance ou après ce jour, mais avant son soixante-dixième anniversaire de naissance et donné lieu au versement de prestations, devient partiellement invalide en raison des mêmes causes ou de causes connexes, nous versons 50 % de la prestation mensuelle, pour une période ne dépassant pas six mois.

5. **Invalidité présumée** Si, à la suite d'une maladie ou d'une blessure, le membre subit une perte irrévocable de (i) l'usage total des deux mains, ou (ii) l'usage total des deux pieds, ou (iii) l'usage total d'une main et d'un pied, ou (iv) la vue totale des deux yeux, ou (v) la perte de l'ouïe des deux oreilles, ou (vi) la perte totale et irrémédiable de la parole, alors
- (a) si vous avez auparavant subi la perte partielle ou totale de l'usage de cette main ou ce pied, ou la perte partielle de la vue d'un oeil, ou la perte partielle de l'ouïe ou de la parole, et si une telle perte s'est produite alors que cette garantie était en vigueur en vertu de votre assurance, ou
- (b) si une telle perte est survenue à la suite d'une maladie et que cette maladie s'est manifestée pour la première fois alors que cette garantie était en vigueur aux termes de votre assurance.

Vous êtes réputé être totalement invalide à compter de la date de ladite perte et nous vous versons des prestations d'invalidité totale pour la période de prestations reliée à une maladie (tel que déterminé dans votre couverture), peu importe si la perte est due à une maladie ou une blessure, conformément aux modalités stipulées dans la présente partie même si vous pouvez occuper un emploi rémunéré et peu importe que vous receviez ou non des soins d'un médecin autorisé.

Si votre perte est occasionnée par une blessure, vous avez l'option dans les 46 mois qui suivent la date d'une telle perte, d'abandonner les droits accordés par la présente disposition, et en ce faisant, vous pouvez être admissible à des prestations pour une période plus longue, conformément aux modalités des prestations d'invalidité totale déterminées dans la présente partie.

6. Intégration

- (a) **Prestations totales** Le montant mensuel total des prestations suivantes (ou le montant mensuel équivalent si ces prestations sont déterminées pour une autre période) reçu ou à recevoir par le membre assuré est calculé pour chaque période durant lesquelles les prestations sont payables au membre assuré aux termes du contrat-cadre :
- (i) l'assurance établie sur la tête du membre aux termes du contrat-cadre;
- (ii) tout revenu du membre assuré, sauf dans la mesure où on considère que ce revenu a raisonnablement été gagné par le membre assuré en rapport avec ses services réels avant le début de l'invalidité;
- (iii) les prestations du Régime des rentes du Québec/Régime de pensions du Canada, mais à l'exclusion de toute augmentation desdites prestations payables en tant que rajustement en fonction du coût de la vie en rapport au montant de prestations en cours de paiement;
- (iv) tout revenu touché en raison d'une invalidité en vertu de la loi sur les accidents du travail, d'une loi sur les maladies professionnelles ou en vertu de toute autre loi ou régime d'État, mais à l'exclusion de toute augmentation de ladite prestation payable en tant que rajustement d'indexation ou en fonction du coût de la vie en rapport avec le montant de prestation en cours de paiement.

Le total de tous ces montants dans un mois quelconque est désigné en tant que « Prestations totales » pour ce mois dans cette partie.

- (b) **Disposition relative à l'intégration** Aux fins de la présente section, la " prestation mensuelle maximale " est égale à 100 % du revenu mensuel moyen du membre assuré avant l'invalidité.

Dans un mois quelconque où les prestations totales dépasseraient autrement les prestations mensuelles maximales, le montant des prestations payable pendant que le membre assuré est invalide à l'égard de tous les certificats sur la tête du membre établis en vertu du contrat-cadre serait réduit pour que les " prestations totales " après toutes ces réductions soient égales à la prestation mensuelle maximale.

7. **Invalidité totale récidivante** Si un membre assuré retourne au travail à temps plein après que des prestations d'invalidité totale deviennent payables en vertu de la Partie 4, toute période subséquente d'invalidité totale qui commence pendant que l'assurance du membre est en vigueur est considérée comme la continuation de la période d'invalidité totale précédente à moins que deux périodes soient séparées par un intervalle durant lequel le membre assuré était au travail à temps plein :
- (a) pendant un minimum d'une journée complète, dans le cas de deux périodes d'invalidité totale dues à des causes qui sont complètement non connexes, ou
- (b) pendant un minimum de six mois consécutifs, dans le cas de deux périodes d'invalidité totale dues aux mêmes causes ou à des causes connexes.

Advenant qu'une période subséquente d'invalidité totale ne soit pas considérée comme la continuation de la période précédente d'invalidité totale, cette période d'invalidité est considérée comme une nouvelle période d'invalidité et est assujettie à un nouveau délai de carence.

8. **Exonération de primes** Après que l'invalidité totale du membre assuré s'est poursuivie pendant trois mois ou le délai de carence, selon la période la plus longue, et que l'assurance attestée par le présent certificat est en vigueur, Manuvie remboursera les primes payées durant le délai de carence. Manuvie continuera d'exonérer les primes à mesure qu'elles viennent à échéance pendant que la personne assurée demeure ainsi invalide. Après la période durant laquelle Manuvie a exonéré les primes, le membre assuré a le droit de reprendre le paiement des primes au fur et à mesure qu'elles sont échues par la suite, sous réserve des dispositions de la Partie 2, section 4.

Partie 6 : AUTRES GARANTIES

1. Option d'augmentation future

Admissibilité

Des prestations majorées sont offertes au titre de cette option si, à toute date d'option, vous êtes âgé de moins de 55 ans, vous avez un emploi à temps plein, vous n'êtes pas assuré par une option d'augmentation future au titre de la police et cette option n'a pas été expressément exclue. Le cas échéant, votre date d'option est indiquée dans le Tableau des prestations ou dans tout avenant émis par la suite.

Au titre de la présente section 1 de la Partie 6, « couverture initiale » s'entend d'une couverture en vigueur qui a fait l'objet d'une tarification médicale et financière, et pour laquelle le Tableau des prestations ou un avenant émis par la suite indique qu'une option d'augmentation future y est assortie.

Dispositions générales

Chaque année à la date d'option, vous aurez la possibilité d'augmenter le montant de votre couverture jusqu'à concurrence de 15 % de votre couverture initiale, sous réserve d'une augmentation minimale de 100 \$. Le total de toutes les augmentations ne peut dépasser 1½ fois le montant de votre couverture initiale et le total de toutes les couvertures en vigueur ou demandées au titre de la police, y compris les augmentations, ne doit en aucun cas dépasser le plafond du régime de 15 000 \$.

Avant qu'une augmentation ne vous soit accordée, vous devez démontrer à notre satisfaction que votre revenu actuel à ce moment-là (comme défini à la partie 1) est suffisamment élevé pour vous permettre d'être assuré pour l'augmentation en question.

Toute augmentation du montant d'assurance accordée en raison de l'exercice de l'option d'augmentation sera soumise aux mêmes modalités que celle du certificat d'assurance le plus récent qui a fait l'objet d'une tarification médicale, y compris les restrictions et tarifs y afférents, s'il y a lieu.

Pour exercer l'option d'augmentation future, nous devons recevoir votre demande d'augmentation dûment remplie dans les 30 jours qui suivent toute date d'option.

Exigence relative à l'exercice de l'option d'augmentation future

Cette garantie prendra fin d'office si nous ne recevons pas une demande d'augmentation au moins une fois, dans les 3 dates d'option qui suivent : a) votre première date d'option; ou b) la date d'option à laquelle cette option a été exercée pour la dernière fois. Par exemple, si votre première date d'option est le 1^{er} septembre 2005 et que vous n'avez pas exercé l'option d'augmentation, vous aurez jusqu'à la fin du délai de demande de 30 jours qui suit le 1^{er} septembre 2007 pour exercer cette option, après quoi la garantie prendra fin.

Restriction de 10 ans relative à l'option d'augmentation future

Cette garantie prendra fin d'office après qu'elle aura été en vigueur pendant 10 ans consécutifs suivant :

- la date d'entrée en vigueur de l'assurance, si celle-ci est le 1^{er} septembre 2005 ou une date ultérieure; ou
- la première date d'option qui suit le 1^{er} septembre 2005, si l'assurance était en vigueur avant le 1^{er} septembre 2005.

Renouvellement de l'exigence relative à l'exercice de l'option d'augmentation future et de la période de 10 ans afférente à la restriction relative à l'option d'augmentation future

Si cette garantie a pris fin conformément à la modalité d'exercice de l'option d'augmentation future ou à la disposition de restriction de 10 ans relative à l'option d'augmentation future, que vous êtes âgé de moins de 54 ans et que vous êtes employé à temps plein, vous pouvez demander à ce que la garantie soit renouvelée en nous soumettant une preuve médicale d'assurabilité. Au renouvellement de cette garantie, les périodes afférentes à l'exigence relative à l'exercice de l'option d'augmentation future ou à la disposition de restriction de 10 ans relative à l'option d'augmentation future reprennent depuis le début. Vous pourrez de nouveau exercer cette option à la première date d'option qui suit le renouvellement.

Exercice de l'option durant une période d'invalidité

Sous réserve de la disposition relative à l'invalidité totale récidivante (Partie 5, section 7), si vous n'êtes pas employé à une date d'option en raison d'une invalidité, la garantie est limitée à une augmentation d'un maximum de 200 \$, à la première date d'option qui suit la date de votre invalidité. Toutefois, seul le montant de garantie en vigueur à la date de votre invalidité serait payable, sous réserve des dispositions de la police. Le montant augmenté ne s'appliquerait qu'après votre rétablissement complet de l'invalidité dont vous souffriez, à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation. Les primes au titre de toute option d'augmentation exercée en vertu de cette restriction seront exonérées pendant que les primes sont exonérées au titre du contrat.

L'exigence relative à l'exercice de l'option d'augmentation future ne s'applique pas durant une période d'invalidité. Après le rétablissement, la période afférente à l'exigence relative à l'exercice de l'option d'augmentation future se poursuit comme si la restriction avait été en vigueur de façon continue, sous réserve de la disposition de restriction de 10 ans relative à l'option d'augmentation future. Durant une période d'invalidité, la période afférente à la restriction de 10 ans relative à l'option d'augmentation future continue d'être en vigueur.

Option d'augmentation future et remise en vigueur du certificat d'assurance

Si le certificat d'assurance a été remis en vigueur conformément à la disposition relative à la remise en vigueur (Partie 2, section 10), les dates d'option au titre de l'exigence relative à l'exercice de l'option d'augmentation future et de la restriction de 10 ans relative à l'option d'augmentation future sont cumulées comme si le certificat avait été en vigueur de façon continue.

Fin de la garantie Option d'augmentation future

Cette garantie prend fin à la première à survenir des dates suivantes :

- sous réserve de l'exigence relative à l'exercice de l'option d'augmentation future, la 3^e date d'option, si cette option n'est pas exercée dans un délai de 3 dates d'option consécutives;

- (b) sous réserve de la restriction de 10 ans relative à l'option d'augmentation future, la fin de la période de 10 ans consécutifs pendant laquelle cette option a été en vigueur;
 - (c) la date à laquelle vous atteignez l'âge de 55 ans;
 - (d) la date à laquelle la couverture initiale prend fin.
2. **Option de rachat** Après une période d'invalidité pour laquelle vous avez reçu des prestations augmentées en raison de la disposition concernant le redressement en fonction du coût de la vie, vous pouvez conserver le montant d'assurance ainsi augmenté. Le nouveau montant de prestation est égal à la somme de la prestation mensuelle de base plus toute prestation de redressement en fonction du coût de la vie déclarée durant toute période d'invalidité. Vous devez exercer cette option dans les trente jours qui suivent toute date de retour au travail et vos paiements de primes seront augmentés pour refléter le nouveau montant de prestations augmentées.
3. **Disposition relative à la réinscription garantie** Cette disposition s'applique à ceux qui sont ou ont été assurés pendant deux années consécutives en vertu du présent contrat-cadre. Pour avoir droit à cette disposition, le membre doit annuler sa couverture actuelle en faveur d'un régime collectif parrainé par l'employeur.
- Dans ce cas, le membre peut, à une date ultérieure, se réinscrire au régime de l'Association sans avoir à soumettre de preuve d'assurabilité, sous réserve des conditions suivantes :
- (a) Le régime de l'Association doit être en vigueur auprès de l'assureur.
 - (b) La réinscription au programme doit être exercée dans les dix ans suivant l'annulation de la couverture du membre.
 - (c) Le membre doit être âgé de moins de 55 ans à sa réinscription au régime.
 - (d) Toute demande de réinscription doit être effectuée dans les 90 jours suivant la résiliation de sa couverture détenue dans le cadre du régime collectif de l'employeur. Le membre doit présenter une preuve valable d'appartenance au régime collectif de l'employeur.
 - (e) La couverture offerte à la réinscription ne peut excéder la couverture détenue auparavant en vertu du régime de l'Association.
4. **Greffe** Si une chirurgie est pratiquée sur le membre assuré dans le but de prélever un organe devant être greffé sur une autre personne, toute invalidité en résultant est réputée être causée par une maladie et toutes les dispositions du présent certificat, incluant la Partie 4, s'appliquent comme si l'invalidité était attribuable à une maladie.
5. **Prestations-décès** Si le membre assuré décède avant l'âge de résiliation et pendant qu'il reçoit des prestations d'invalidité mensuelles, nous versons un montant égal à trois fois la prestation mensuelle.
6. **Prestation en cas de perte catastrophique** La prestation augmente jusqu'à 125 % de la prestation mensuelle de base si le membre assuré répond au critère minimum défini à la Partie 1.
7. **Prolongation de la prestation entre deux emplois** Si vous devenez invalide dans les douze mois qui suivent votre dernier emploi, votre revenu mensuel moyen avant l'invalidité sera basé sur vos douze derniers mois d'emploi aux fins du calcul de votre prestation.

8. **Prolongation de l'invalidité de longue durée** Dans le cas où le contrat-cadre serait résilié et que ni Associations d'ingénieurs ni l'un des organismes affiliés n'aient pris les mesures nécessaires pour que les couvertures individuelles en vigueur en vertu du contrat-cadre actuel soient remplacées par une assurance accordée par un autre assureur, alors Manuvie est prête à prolonger les couvertures d'assurance invalidité de longue durée selon des modalités toutes aussi favorables, notamment :

- (a) les polices d'assurance individuelles garanties et renouvelables seraient offertes à tous les membres sans égard à leur état de santé.
- (b) les primes de chaque régime seraient déterminées par Manuvie, mais ne devraient en aucun cas dépasser les taux offerts pour des produits en vigueur semblables.
- (c) la prime initiale ne devrait pas dépasser 150 % de la prime de la couverture en vigueur du IC. Cette prime maximale serait garantie pour deux ans.
- (d) la garantie d'assurance invalidité résiduelle serait limitée à une période de garantie maximale de six mois.
- (e) toutes les limitations et exonérations en vertu du régime du IC feraient partie intégrante des contrats individuels.
- (f) pour ce qui est des membres âgés de moins de 65 ans à la date de résiliation, les paiements de prestations et la couverture d'assurance cesseraient au 65^e anniversaire de naissance du membre. (voir Partie 2, section 4)
- (g) pour ce qui est des membres âgés de 65 ans et plus à la date de résiliation, la couverture d'assurance serait prolongée, mais non au-delà de leur 70^e anniversaire de naissance. Cependant, les prestations totales payables pour ces membres seraient limitées à douze mois.

9. **Avenant Rétablissement garanti des prestations**

Si en raison d'une réduction temporaire de votre revenu vous devenez surassuré, vous pouvez réduire vos prestations mensuelles (sous réserve d'un minimum de 500 \$). Ainsi lorsque votre revenu augmentera à nouveau, vous pourrez rétablir les prestations mensuelles à leur niveau initial, sans avoir à soumettre de preuve de bonne santé. Cet avenant ne peut être souscrit qu'au moment de la réduction des prestations mensuelles. L'avenant Rétablissement garanti des prestations prendra fin soit au rétablissement des prestations mensuelles, soit à 65 ans.

10. **Garantie Prestation de soignant**

Prestation

Si un membre de la famille reçoit un diagnostic de maladie en phase terminale ou est blessé dans un accident, et, selon le pronostic, a tout au plus un an à vivre, la garantie prévoit le versement d'une prestation en une somme unique correspondant à trois fois la prestation mensuelle en vigueur à la date d'établissement du diagnostic d'une affection en phase terminale, par membre de la famille. Si vous touchez des prestations d'invalidité à la date d'établissement du diagnostic d'une affection en phase terminale touchant un membre de la famille, la prestation payable correspondra à trois fois le montant de la prestation mensuelle en vigueur à la date du début de l'invalidité.

Admissibilité

Une prestation vous est payable, sous réserve que les conditions ci-après soient remplies à la date à laquelle le diagnostic d'une affection en phase terminale est posé.

- (a) Votre couverture doit être en vigueur depuis au moins 12 mois à compter de la date d'effet de la couverture ou de la date de la dernière remise en vigueur;
- (b) Le membre de la famille qui est en phase terminale d'une maladie ou d'une blessure doit rester vivant pendant au moins 30 jours suivant l'établissement du diagnostic d'une affection en phase terminale et doit être en vie à la date à laquelle vous présentez votre demande de règlement;
- (c) Votre conjoint doit être âgé de moins de 70 ans à la date d'établissement du diagnostic d'une affection en phase terminale.

Aucune prestation payable en cas d'application de la disposition relative à la réinscription garantie

Nonobstant toute disposition du certificat, aucune Prestation de soignant ne sera versée si un diagnostic d'une affection en phase terminale est posé pendant que votre couverture est interrompue en vertu de la disposition relative à la réinscription garantie. Pour que la Prestation de soignant soit payable, au moins 12 mois doivent s'être écoulés depuis la remise en vigueur de la couverture par suite de l'exercice du droit à la réinscription prévu aux termes de la disposition relative à la réinscription garantie.

Prestation durant l'application de la garantie Rétablissement garanti des prestations

La Prestation de soignant payable durant toute période pendant laquelle votre couverture a été réduite en vertu de la garantie Rétablissement garanti des prestations sera basée sur le montant de la garantie en vigueur, après réduction en vertu de la garantie Rétablissement garanti des prestations, à la date à laquelle le diagnostic d'une affection en phase terminale a été posé. Pour que la Prestation de soignant soit payable au titre d'une couverture réduite, au moins 12 mois doivent s'être écoulés depuis que cette couverture a été remise en vigueur par suite de l'exercice du droit à la réinscription prévu aux termes de la garantie Rétablissement garanti des prestations.

Preuve

Une preuve du diagnostic d'une affection en phase terminale, jugée satisfaisante par la Compagnie, doit être présentée dans les 12 mois suivant la date à laquelle le diagnostic d'une affection en phase terminale a été posé. Une seule prestation est payable par membre de la famille, sa vie durant.

Fin de la garantie Prestation de soignant

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

- (a) la date à laquelle l'assurance prévue par le présent certificat prend fin;
- (b) l'anniversaire contractuel auquel vous atteignez l'âge de résiliation, que vous touchiez une prestation d'invalidité viagère ou non.

Partie 7 : EXCLUSIONS

Votre assurance ne couvre pas :

- (a) une blessure volontaire, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale;
- (b) une grossesse, un accouchement ou une fausse couche, sauf les complications s'y rattachant;
- (c) la guerre ou un acte de guerre, ou
- (d) le service actif à temps plein dans les forces armées d'un pays ou d'un organisme international.