

# **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.

## **D'ASSURANCE MALADIES GRAVES Pourmeprotéger<sup>MC</sup>**

### **PARTIE A : VERSEMENT DES PRESTATIONS**

1. Au titre de la couverture prévue par le présent contrat, le montant est versé à l'assuré en cas de diagnostic d'une affection couverte selon les dispositions du contrat, pourvu que l'assuré survive à la période d'attente indiquée et remplisse toutes les conditions s'appliquant à cette prestation.
2. La couverture s'applique uniquement aux maladies, affections ou interventions considérées comme des affections couvertes au sens du contrat. Toutes les autres maladies, affections et interventions ne sont pas couvertes par le présent contrat et ne donnent pas droit à indemnisation. Il existe, pour chaque affection couverte, des exigences particulières à respecter pour que des prestations soient payables. Les prestations sont également assujetties aux restrictions, exclusions et réductions de couverture qui pourraient être stipulées dans la description y afférente ou dans une partie distincte se rapportant aux restrictions et exclusions de couverture.

### **PARTIE B : AFFECTIONS COUVERTES**

Au titre du présent contrat, le capital assuré est versé à l'assuré en cas de diagnostic de l'une des affections couvertes ci-après, la première affection à apparaître étant prise en considération, pourvu que l'assuré survive à la période d'attente indiquée et remplisse toutes les 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 payable pour les cancers mentionnés ci-dessous qui ne mettent pas la vie en danger :

- 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 payable si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant immédiatement la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou a subi 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;
- 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 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.

#### **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, ou
- 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 versée 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, ou
- 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, et
- 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 versée dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou
- 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 ci-dessus soient remplis.

### 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'embolectomie 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 l'intervention chirurgicale.

### 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'un greffon. 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 l'intervention chirurgicale.

## PARTIE C : GARANTIES ADDITIONNELLES

Les garanties additionnelles offertes au titre du contrat sont décrites 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

Les services d'aide prennent la forme d'un centre de ressources et d'information complète sur la santé et d'un service de deuxième avis médical à l'intention de l'assuré et des membres admissibles de sa famille.

Les services d'aide prévoient l'accès immédiat de l'assuré et des membres admissibles de sa famille aux services de soutien; il n'est pas nécessaire qu'une demande de règlement soit présentée au titre de l'assurance maladies graves. Grâce aux services d'aide, l'assuré ou les membres admissibles de sa famille obtiendront de l'information, des services de coordination médicale, un deuxième avis médical, des choix de traitement, ainsi que des indications sur la façon de naviguer dans le système canadien des soins de santé.

### 2. Garantie Remboursement des primes (facultative)

Si le présent contrat est toujours en vigueur à la date d'anniversaire contractuel suivant immédiatement la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans (date à laquelle le présent contrat prend fin d'office) et si l'assuré n'a présenté aucune demande de règlement au titre du contrat, l'assureur remboursera à celui-ci un montant égal au moins élevé des montants suivants :

- a) 100 % des primes acquittées jusqu'à cette date; ou
  - b) le capital assuré,
- pourvu :
- i) que l'assuré ait entre 18 ans et 55 ans lors de la souscription du contrat;
  - ii) que la garantie Remboursement des primes soit toujours en vigueur à la date d'expiration du contrat; et
  - iii) que l'assuré ne soit pas assujéti à une période d'attente en cours relativement à une affection couverte.

Si l'assuré est assujéti à une période d'attente en cours relativement à une affection couverte à la date à laquelle le contrat prend fin, ainsi qu'il est mentionné ci-dessus, la présente garantie demeure en vigueur jusqu'à la fin de la période d'attente applicable à l'affection couverte en question. Si l'assuré est toujours vivant à la fin de la période d'attente et si la prestation pour l'affection couverte est payable, aucune prestation n'est payable au titre de la garantie Remboursement des primes. Si l'assuré est toujours vivant à la fin de la période d'attente mais que la prestation pour l'affection couverte n'est pas payable pour quelque raison que ce soit, la prestation est payable au titre de la garantie Remboursement des primes. Si l'assuré ne survit pas à la période d'attente, la prestation au titre de la garantie Remboursement des primes est versée à ses ayants droit.

### 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 reliée d'une façon ou d'une autre à une *affection préexistante*.

Une *affection préexistante* s'entend d'une maladie ou 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, s'est fait prescrire des médicaments ou a pris des médicaments, a montré des signes, a présenté des symptômes, ou a subi des tests ou une investigation.

- b) L'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non, souffre d'une affection couverte attribuable directement ou indirectement ou reliée d'une façon ou d'une autre à ce qui suit :
  - i. des blessures qu'il s'est infligées intentionnellement;
  - ii. l'utilisation ou l'absorption délibérée :
    - a. de tout médicament d'ordonnance ou narcotique, sans respecter les directives d'un médecin,
    - b. de tout médicament ou narcotique en vente libre au Canada, sans respecter les recommandations du fabricant,
    - c. de tout médicament ou narcotique dont la vente est interdite au Canada, ou
    - d. de toute substance toxique ou intoxicante, y compris l'alcool,
  - iii. la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré; ou
  - iv. a conduite d'un véhicule motorisé par l'assuré alors que son alcoolémie est supérieure à 80 mg d'alcool 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 le territoire où le diagnostic a été posé et détient des titres de compétences 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 que celui qui est exigé au titre du contrat aux fins du 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 qu'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**

#### **1. Admissibilité**

Pour pouvoir souscrire la couverture, la personne à assurer doit, au moment de la souscription, être résident du Canada et avoir au moins 18 ans, mais pas plus de :

- a) 55 ans, si le capital assuré s'élève à 75 000 \$;
- b) 60 ans, si le capital assuré s'élève à 50 000 \$; ou
- c) 65 ans, si le capital assuré s'élève à 25 000 \$.

#### **2. Date d'effet**

Le présent contrat entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date d'établissement indiquée dans le Sommaire du contrat.

#### **3. Incessibilité**

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

#### **4. Délai de grâce**

Un délai de grâce de trente-et-un (31) jours est accordé après la date d'échéance pour le paiement de toute prime exigible. Durant cette période, 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 faits au titre du contrat entre le début du délai de grâce et la date de la résiliation des couvertures 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.

#### **5. Provisions insuffisantes**

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 exigera des frais d'administration de vingt-cinq (25) dollars.

#### **6. 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 d'exigibilité de la première prime impayée. Pour ce faire, il doit 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 remplies.

#### **7. Modification des primes**

L'assureur se réserve le droit de modifier les primes à la fin de chaque période de renouvellement de cinq (5) ans.

#### **8. Communication des renseignements**

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

#### **9. Versement des prestations**

Les prestations sont versées par chèque à l'assuré, sauf indication contraire dans les présentes.

#### **10. Demande de changement pour les primes pour non-fumeurs**

Un assuré qui paie des primes pour fumeurs peut demander les primes pour non-fumeurs s'il répond aux critères de la définition du terme « non-fumeur » au titre du présent contrat.

Sont considérés comme non-fumeurs les assurés qui n'ont fait usage d'aucune forme de tabac, de succédané de nicotine, de produit de désaccoutumance au tabac ou de marijuana au cours des douze (12) mois précédents. Pour demander les taux non-fumeurs, l'assuré doit communiquer avec l'assureur par téléphone, par courriel ou par la poste. L'assureur lui indiquera alors les renseignements ou les documents qu'il doit fournir à l'appui de sa demande. Si la demande de l'assuré est approuvée, toutes les primes ultérieures seront établies en fonction du taux pour non-fumeurs. La modification prendra effet à la date d'exigibilité de la prime suivant la date à laquelle l'assureur communiquera à l'assuré l'approbation de sa demande.

### **11. Erreur sur l'âge ou le sexe**

L'assureur peut demander une preuve satisfaisante de l'âge et, le cas échéant, du sexe de l'assuré. En cas de déclaration inexacte quant à la date de naissance ou au sexe, et 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 ou les prestations prévus au titre du présent contrat,

la date de naissance exacte et, le cas échéant, le sexe véritable de l'assuré prévalent et les taux de prime sont rajustés en conséquence, s'il y a lieu.

### **12. Fausse déclaration et incontestabilité**

Si l'assuré ou toute personne qui le représente répond à des questions sur son état de santé, fait des déclarations à ce sujet, notamment sur l'absence de problèmes de santé précis, ou présente des renseignements médicaux dans le cadre d'une proposition d'assurance au titre du présent contrat, et qu'il y ait omission ou fausse déclaration dans la proposition ou les déclarations, l'assureur a le droit d'annuler la couverture au titre du présent contrat ou de refuser une demande de règlement. Dans ce cas, la responsabilité de l'assuré 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 dépassent les primes admissibles à rembourser, l'assuré et le titulaire du contrat (si ce sont deux personnes différentes) sont conjointement responsables de

dédommager l'assureur à cet égard, et cette obligation est maintenue même après la résiliation du présent contrat. Une fois que la couverture a été en vigueur pendant deux (2) ans après la date d'effet du contrat ou la date de sa dernière remise en vigueur, elle ne peut plus être annulée, sauf en cas de fraude.

### **13. 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. La responsabilité de l'assureur se limite exclusivement au versement des prestations conformément aux clauses et aux conditions du présent contrat.

### **14. 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

### **15. 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 indiquée dans la proposition relative au présent contrat, ou à la dernière adresse indiquée dans les dossiers de l'assureur.

### **16. 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.

### **17. Délai de prescription**

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.

### **18. 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.

### 19. Désignation de bénéficiaire

Cette police ne comprend pas le droit de nommer un bénéficiaire.

## PARTIE F : RÉSILIATION

Le présent contrat et toute couverture y afférente prend fin d'office à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date d'anniversaire contractuel qui suit le 75<sup>e</sup> 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 une demande écrite 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 la résiliation ne survienne pas avant que l'assuré ait reçu la totalité des prestations qui lui sont dues; ou
- e) la date de décès de l'assuré.

## PARTIE G : DISPOSITIONS LÉGALES

1. Contrat entre les parties : La proposition (ou l'enregistrement relatif à la proposition, si celle-ci 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, et toute information communiquée oralement ou par écrit qui ne figure pas dans les présentes n'a aucun effet. Aucun agent n'est autorisé à modifier le contrat ni à accorder une dérogation à l'une de ses dispositions.
2. Droit d'obtenir une copie des documents : S'il en reçoit la demande, l'assureur fournit au demandeur ou à l'assuré une copie de la proposition ainsi que tout document écrit fourni à l'assureur à titre de preuve d'assurabilité, dans la mesure prévue par la loi.

3. 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 clairement exprimée dans un écrit signé par l'assureur.

4. Faits essentiels à l'appréciation du risque : Les déclarations faites par l'assuré (ou par toute autre personne agissant au nom de l'assuré) à la souscription du présent contrat ne peuvent pas être utilisées pour refuser une demande de règlement au titre du contrat ni pour résilier le présent contrat, à moins qu'elles ne figurent dans la proposition d'assurance (ou l'enregistrement téléphonique de la proposition, le cas échéant), dans toute autre déclaration écrite ou enregistrée, ou encore dans toute autre réponse que l'assuré ou toute autre personne agissant en son nom a fournies dans le cadre de la souscription.

5. Avis et preuve de sinistre : L'assuré, un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement ou le mandataire de l'un ou l'autre doit

- a) donner un avis de sinistre par écrit à l'assureur :
  - (i) en le remettant directement à l'assureur ou en l'expédiant par lettre recommandée au siège social de l'assureur ou à l'agence principale de celui-ci dans la province; ou
  - (ii) 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, fournir à l'assureur les preuves, dans la mesure du raisonnable compte tenu des circonstances, attestant du droit de l'auteur de la demande de règlement de recevoir le paiement ainsi que de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et
- c) si l'assureur l'exige, fournir une attestation satisfaisante de la cause ou de la nature de la maladie, de l'affection ou de l'intervention qui fait l'objet de la demande de règlement au titre du contrat.

6. Défaut de fournir l'avis ou la preuve de sinistre :  
Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition 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 un (1) ans après la date du sinistre, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.
7. Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires requis pour la preuve de sinistre :  
L'assureur doit fournir les formulaires servant à établir la preuve du sinistre dans les quinze (15) jours qui suivent la réception de l'avis de sinistre mais si le demandeur n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve sous forme de déclaration écrite exposant la cause ou la nature de la maladie, de l'affection ou de l'intervention qui fait l'objet de la demande de règlement.
8. Droit d'examen : Comme conditions préalables au recouvrement des sommes assurées au titre du présent contrat,
  - a) l'auteur de la demande de règlement est tenu de donner à l'assureur la possibilité de faire subir à l'assuré un examen quand et aussi souvent qu'il le faut, dans la limite du raisonnable, 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 dans le territoire compétent relativement aux autopsies.
10. Paiement 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.

LES DISPOSITIONS LÉGALES CI-DESSUS PRIMENT SUR TOUTE AUTRE CLAUSE OU DISPOSITION DU PRÉSENT CONTRAT.

## PARTIE H : DÉFINITIONS

Les termes utilisés dans le présent contrat sont définis comme suit :

**Affection couverte** : maladie, affection ou intervention qui est expressément définie à la Partie B du présent contrat et qui n'est pas expressément exclues dans la Partie B.

**Affection préexistante** : une maladie ou affection pour laquelle, durant la période de vingt-quatre (24) mois précédant la date d'effet 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, s'est fait prescrire des médicaments ou a pris des médicaments, a montré des signes, a présenté des symptômes, ou a subi des tests ou une investigation.

**Assuré** : personne couverte au titre du 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, comme 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 qui y est apportée par la suite.

**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** : date à laquelle la couverture au titre du présent contrat entre en vigueur, comme l'indique le Sommaire du contrat.



## Financière Manuvie

**Délai de grâce** : période suivant la date d'échéance d'une prime au cours de laquelle il est possible de régler la prime pour maintenir la couverture en vigueur.

**Demande de règlement** : demande présentée par l'assuré en vue du paiement d'une prestation ou de l'application d'une garantie 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.

**Jour** : jour civil ou toute partie de ce jour. Aux fins du calcul d'une période au titre du présent contrat, le premier jour et le dernier jour comptent chacun comme une journée, qu'il s'agisse de journées complètes 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 ou 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** : personne qui n'a fait usage d'aucune forme de tabac, de succédané de nicotine, de produit de désaccoutumance au tabac ou de marijuana au cours des douze (12) mois précédents.

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

**Prestation** : montant payable si l'assuré souffre d'une affection couverte et remplit 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 permanente au Canada et qui y a vécu 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 indiquée, sans être maintenu en vie par des moyens artificiels. L'assuré n'est plus considéré comme étant vivant à la date de la cessation irréversible de 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** : Acte de nature médicale, thérapeutique ou diagnostique qui est prescrit par un médecin ou un autre professionnel de la santé, sous toute forme que ce soit (médicament prescrit, test diagnostique raisonnable, hospitalisation, chirurgie ou autres soins médicaux prescrits ou recommandés).