



La Compagnie d'assurance vie RBC a établi cette police en contrepartie du paiement de la prime exigible et des déclarations faites dans la proposition. La proposition fait partie intégrante de la police.

Nous convenons de verser à la personne assurée les prestations prévues par la police pour une invalidité, à moins d'indication contraire. La personne assurée doit faire tout ce qui peut être raisonnablement attendu d'elle pour atténuer toute perte.

Personne assurée

Numéro de police

Date d'effet

Titulaire

RENOUVELLEMENT GARANTI JUSQU'À VOTRE 65E ANNIVERSAIRE DE NAISSANCE ; LES PRIMES PEUVENT ÊTRE MODIFIÉES. Vous pouvez maintenir cette police en vigueur jusqu'à l'anniversaire d'assurance qui coïncide avec le 65e anniversaire de naissance de la personne assurée, ou qui suit son anniversaire de naissance, en payant les primes à temps (comme il est indiqué dans le sommaire de la police). Les primes du groupe tarifaire de la personne assurée peuvent être modifiées à l'occasion. **ELLES PEUVENT ÊTRE MODIFIÉES, MAIS UNIQUEMENT DANS CERTAINES CIRCONSTANCES.**

DROIT CONDITIONNEL DE RENOUVELLEMENT APRÈS LE 65E ANNIVERSAIRE DE NAISSANCE DE LA PERSONNE ASSURÉE ; LES PRIMES PEUVENT ÊTRE MODIFIÉES EN FONCTION DE LA CATÉGORIE PROFESSIONNELLE. Après le 65e anniversaire de naissance de la personne assurée, vous avez la possibilité de maintenir la police en vigueur pendant que la personne assurée exerce à plein temps une profession assurable. Il n'y a aucune limite d'âge. Vous devez payer les primes à leur échéance en fonction des taux alors en vigueur pour les personnes du groupe tarifaire de la personne assurée. Cette option est expliquée aux pages 3 et 4 de la police.

DROIT D'EXAMINER LA POLICE. Si vous n'êtes pas satisfait de la police, vous pouvez l'annuler en nous faisant parvenir un avis de résiliation par écrit et en retournant la police à notre siège social, soit en personne, soit par courrier recommandé. Si vous annulez la police dans les dix jours après l'avoir reçue, nous vous rembourserons toute prime que vous aurez versée.

LA POLICE EST UN CONTRAT JURIDIQUE. VEUILLEZ LA LIRE ATTENTIVEMENT.

Rino D'Onofrio
Président et chef de la direction

John Carinci
VP et chef, Exploitation et Expérience client

**CETTE POLICE EST ÉTABLIE PAR
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE RBC**

Table des matières

	Page
Garantie de maintien du contrat jusqu'à votre 65 anniversaire de naissance	1
Droit conditionnel de maintien du contrat après votre 65 anniversaire de naissance	1
Droit d'examiner la police	1
Conditions particulières	2
Protection du revenu de la Série Avant-garde	4
Définitions	6
Garanties	8
Limitations	12
Exclusions	14
Primes et remise en vigueur de la police	15
Conditions réglementaires	16
Dispositions légales	18
Modifications provinciales	20

Les clauses ajoutées au contrat, les cas échéant, sont annexées à la police.



Protection du revenu de la Série Avant-garde 04-05

La Compagnie d'assurance vie RBC s'engage à vous verser des prestations mensuelles au cours des *invalidités* attribuables uniquement à des blessures accidentelles ou à des maladies visées par la police. Les avenants annexés au présent document donnent une description des garanties complémentaires, le cas échéant, qui font également partie de la police. La Compagnie d'assurance vie RBC prend cet engagement :

1. en échange du paiement des primes appropriées;
2. sur la foi des déclarations faites dans votre (vos) proposition(s); et
3. sous réserve des modalités de la présente police.

La présente police se compose :

1. du présent document (y compris des conditions particulières et, le cas échéant, des avenants qui y sont annexés);
2. de votre proposition d'assurance; et
3. des modifications à la présente police ou à la proposition d'assurance initiale, convenues par écrit entre vous et la Compagnie d'assurance vie RBC.

Dans la présente police, « nous », « notre » et « nos » renvoient à la Compagnie d'assurance vie RBC. « Vous », « votre » et « vos » renvoient à la personne désignée en tant que titulaire de police aux conditions particulières tandis que « personne assurée » s'entend de la personne assurée nommée aux conditions particulières.

Les mots en *italique* ont un sens particulier et sont expressément définis dans la police.

Renouvellement garanti jusqu'à l'âge de 65 ans

Sous réserve du paiement des primes à leur échéance, et sous réserve des dispositions de tout avenant, nous ne pouvons pas résilier la police ou refuser de la renouveler avant la *date d'expiration*.

Notre droit conditionnel de modifier les primes

Nous nous réservons le droit, à notre discrétion, de majorer ou de réduire à l'occasion les primes que vous êtes tenu d'acquitter en vertu de la présente police. Toutefois, nous ne pouvons le faire que si le même changement de taux de prime s'applique à tout un groupe de titulaires de polices, et si les polices en question, les titulaires de polices et/ou les personnes assurées au titre de ces polices ont en commun une caractéristique ou une combinaison de caractéristiques qui, selon nous, est importante pour notre appréciation du risque. En outre, nous ne pouvons pas majorer la prime plus d'une fois par période de douze mois et nous devons vous donner un préavis écrit de 31 jours en cas de majoration de la prime.

Droit conditionnel de renouveler l'assurance la vie durant après 65 ans

1. La police prend fin d'office à la *date d'expiration*, à moins que vous la renouveliez à ce moment-là. Dans la mesure où la police n'a pas été résiliée ou annulée, vous pouvez chaque année en demander le renouvellement pour une période d'un an, aux *anniversaires d'assurance* coïncidant avec ou suivant la *date d'expiration*.
2. Pour renouveler la police :

- a) vous devez en demander le renouvellement dans les 31 jours suivant l'*anniversaire d'assurance* auquel elle prendrait fin normalement;
 - b) la personne assurée doit avoir travaillé régulièrement à plein temps (c'est-à-dire au moins 30 heures par semaine et 35 semaines par année) en exerçant ce qui était alors considéré une *profession assurable*, aussi bien à l'*anniversaire d'assurance* pertinent qu'au moment où vous demandez le renouvellement de la police.
 - c) la personne assurée doit être en mesure, à l'*anniversaire d'assurance* pertinent, d'accomplir toutes les fonctions de sa *profession habituelle* pendant ses heures normales de travail; et
 - d) vous devez acquitter les primes en fonction de l'âge de la personne assurée et de nos taux en vigueur au moment du renouvellement.
3. Un renouvellement ne prend effet que si vous en acquittez la première prime au plus tard :
- a) 31 jours après l'*anniversaire d'assurance* auquel la police aurait été résiliée; ou
 - b) 31 jours après que nous vous avons envoyé un avis écrit de la prime applicable au renouvellement.
4. Aucune *prestation* n'est payable relativement à une demande d'indemnisation, quelle qu'elle soit, présentée en vertu de la présente police si la *blessure*, la *maladie*, la *date du début de l'invalidité*, ou tout autre événement donnant lieu à une demande d'indemnisation survient ou prend naissance entre :
- a) l'*anniversaire d'assurance* auquel la police aurait été résiliée; et
 - b) la date à laquelle vous en avez demandé le renouvellement.
5. Après un renouvellement, la *période maximale d'indemnisation* est limitée à au plus 24 mois.
6. Tout avenant qui fait partie de la présente police ne peut pas être renouvelé à la *date d'expiration* ou par la suite, sauf en cas d'indication expresse à cet effet dans l'avenant.

Délai de réflexion de 10 jours

Vous pouvez annuler la présente police en nous faisant parvenir un avis écrit d'annulation immédiate et en nous retournant la police dans les 10 jours suivant la date à laquelle elle vous a été délivrée. Dans ce cas, nous vous remboursons la totalité des primes acquittées.

Entrée en vigueur de la police

1. La présente police ne prend effet qu'à la date d'établissement indiquée aux conditions particulières. Toutefois, il est possible qu'elle n'entre en vigueur ni à cette date, ni à une autre s'il y a eu *modification du risque assuré* entre la date à laquelle vous avez présenté votre proposition et la première des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle la police vous a été délivrée; et
 - b) la date d'effet de toute note de couverture que vous avez obtenue au moment où vous avez demandé à souscrire la présente police.
2. S'il y a eu *modification du risque assuré* pendant cette période, la police ne prend pas effet à la date d'établissement, ni à toute autre date, à moins :
 - a) que vous nous ayez fourni, avant la date à laquelle la police a été délivrée, un avis écrit de *modification du risque assuré*; et
 - b) qu'après cet avis, nous ayons quand même approuvé par écrit la délivrance de la police.

DÉFINITIONS

Cette section renferme la définition de certains termes employés dans la présente police. D'autres définitions sont présentées ailleurs dans la police sous forme d'encadré. Les avenants peuvent également renfermer la définition de termes qui y ont un sens particulier.

Accident ou accidentellement : un événement soudain et fortuit ayant une cause extérieure et indépendante de votre volonté ou de celle de la personne assurée.

Anniversaire d'assurance : l'anniversaire de la date d'établissement stipulée aux conditions particulières.

Blessure ou blessures : un dommage corporel qui se produit en cours d'assurance et qui est causé uniquement et directement par un *accident*.

Date d'expiration : on entend l'*anniversaire d'assurance* qui coïncide avec ou suit le 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée. Cette date est indiquée aux conditions particulières.

Date du début de l'invalidité : le premier jour où la personne assurée est *invalidé* au début d'une période d'*invalidité*.

Délai de carence : la période initiale de jours suivant la *date du début de l'invalidité* au cours de laquelle la personne assurée est *invalidé*. Aucune *prestation mensuelle* n'est versée durant cette période. La durée de votre *délai de carence* est indiquée aux conditions particulières.

Il n'est pas nécessaire que les jours d'*invalidité* soient consécutifs pour accomplir le *délai de carence*. Toutefois, la personne assurée doit avoir été *invalidé* pendant le nombre de jours stipulé au cours de la période correspondant à la durée du *délai de carence* plus douze mois pour accomplir le *délai de carence*.

Si le montant d'une prestation mensuelle supplémentaire est indiqué aux conditions particulières, un *délai de carence* spécial, qui ne s'applique qu'à cette prestation mensuelle supplémentaire, y est également indiqué.

Invalidé ou invalidité : employés seuls, ces termes s'entendent d'une *invalidité totale* ou du fait d'être *totaletement invalidé*. Toutefois, si un avenant d'assurance invalidité partielle est en vigueur et annexé à la présente police, les termes *invalidé* et *invalidité*, employés seuls, peuvent également s'entendre d'une *invalidité partielle* ou du fait d'être *partiellement invalidé*.

Maladie : une maladie ou une affection dont les symptômes ou autres signes *se manifestent* pour la première fois en cours d'assurance.

Médecin : un médecin légalement habilité et autorisé à exercer, autre que vous-même, la personne assurée, un parent ou un associé.

Modification du risque assuré : changement dans l'état de santé ou la situation professionnelle de la personne assurée, ou un changement dans votre relation avec celle-ci, qui, selon nous, est important pour l'appréciation du risque pris en charge en vertu de la présente police. Il peut s'agir d'un fait qui aurait donné lieu à une réponse différente dans votre proposition si vous, ou la personne assurée, l'aviez remplie à la date du changement en question ou par la suite. Il peut également s'agir d'un fait qui aurait pu modifier notre décision d'établir la police ou nous aurait amener à exiger une prime plus élevée.

Période maximale d'indemnisation : la période la plus longue pendant laquelle des *prestations* peuvent être versées en raison d'une *invalidité* dans le cadre d'une demande d'indemnisation particulière. Il s'agit de la *période maximale d'indemnisation* indiquée aux conditions particulières ou, si elle est plus courte, toute autre période prévue au titre de l'une des limitations. La *période maximale d'indemnisation* se poursuit pendant toute partie d'une période d'indemnisation qui n'ouvre pas droit à des *prestations* du fait des exclusions. La *période maximale d'indemnisation* commence le jour suivant l'expiration du *délai de carence* le plus court qui s'applique à une demande d'indemnisation visant à toucher des *prestations d'invalidité*. Si la cause de l'*invalidité* change en cours d'indemnisation, la *période maximale d'indemnisation* n'est pas renouvelée.

Prestation : employé seul, ce terme signifie tout genre de prestation prévu par la présente police. Il comprend la *prestation mensuelle*, ainsi que toute prestation prévue au titre de tout avenant.

Prestation mensuelle : la prestation de protection du revenu qui est versée pour chaque mois où *l'invalidité totale* ayant donné lieu à une demande de règlement ouvre droit à des prestations. Ce montant, indiqué aux conditions particulières, peut être réduit jusqu'à concurrence de 85 % selon la section de votre police sur l'intégration des prestations maximales de toutes sources. Lorsque le *délai de carence* spécial applicable à la prestation mensuelle supplémentaire (précisée aux conditions particulières) a été satisfait, toute prestation mensuelle comprend le montant de la prestation mensuelle supplémentaire figurant aux conditions particulières.

Profession assurable : tout genre d'entreprise, de travail ou d'emploi pour lequel, selon nos règles de tarification publiées, nous acceptons d'établir ce genre de police.

Professionnel de la santé : une personne qui se présente comme possédant des compétences ou une formation pour diagnostiquer ou traiter des problèmes de santé ou les symptômes d'une maladie ou des blessures. Ce terme englobe les *médecins*, infirmiers, chiropraticiens, physiothérapeutes, massothérapeutes, podiatres, herboristes, naturopathes et tout autre praticien mentionné dans la *Loi sur les sciences de la santé de l'Ontario* ou une loi similaire.

Rémunération : les revenus et/ou pertes de revenus de la personne assurée composés de toute combinaison de ce qui suit :

1. le revenu d'emploi, à savoir le traitement, le salaire, les honoraires, les commissions et certain bonis de la personne assurée. Ne sont comptés que les bonis qui ont été versés à la personne assurée par un employeur pour au moins chacune des deux années précédant la *date du début de l'invalidité*, au titre d'un programme formel de gratifications. N'entrent pas dans ce revenu, les avantages sociaux et les cotisations aux régimes d'avantages sociaux, de retraite ou d'épargne.
2. le revenu tiré d'une entreprise, à savoir la part de la personne assurée (proportionnelle à sa participation dans l'entreprise) des revenus ou pertes, déduction faite de tous les frais généraux, avant l'impôt sur le revenu, enregistrés par une entreprise, constituée ou non constituée, dans laquelle la personne assurée participe (à l'exclusion des sociétés dont les actions sont cotées en Bourse) et au sein de laquelle elle travaille régulièrement.

Le terme *rémunération* ne comprend pas le revenu non gagné, notamment un revenu de placement, les intérêts, les dividendes, les gains en capital, une rente, le revenu d'une fiducie, les redevances, un revenu de location (à l'exception du revenu tiré de la location d'un élément d'actif de l'entreprise), les indemnités de maladie ou les prestations reçues au titre d'un régime formel d'assurance salaire ou d'assurance invalidité.

Rémunération moyenne antérieure : la moyenne de la *rémunération* que la personne assurée a reçue au cours des trois années précédant la *date du début de l'invalidité*.

Revenu antérieur à l'invalidité : la *rémunération* mensuelle moyenne que la personne assurée a reçue au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement la *date du début de l'invalidité*.

Se manifeste : le fait de se révéler clairement ou de pouvoir être observé par quelqu'un. Un symptôme ou autre signe d'une maladie ou d'une affection se manifeste pour la première fois lorsqu'il se révèle clairement ou peut être observé pour la première fois par quelqu'un (que la personne ressente ou non la maladie ou affection) ou lors d'une consultation, d'un examen, d'un diagnostic ou d'un traitement médical à cette époque.

Traitement approprié : les soins de santé que des *médecins* spécialisés dans le domaine concerné considéreraient généralement comme efficaces pour traiter une affection qui occasionne directement ou indirectement une *invalidité*. Les *professionnels de la santé* qui dispensent, prescrivent ou recommandent les soins doivent posséder les compétences appropriées et être autorisés à traiter l'affection. Dans la mesure jugée raisonnablement possible, les soins de santé doivent viser à permettre à la personne assurée de reprendre le travail. Les soins doivent être dispensés sous la supervision d'un *médecin* et approuvés par lui.

GARANTIES

Prestations d'invalidité totale

Sous réserve des modalités de la police, nous commençons à verser les *prestations mensuelles* à la personne assurée sur réception d'une preuve satisfaisante établissant :

1. que la police était en vigueur à la *date du début de l'invalidité*;
2. que la personne assurée a accompli le *délai de carence*; et
3. que la demande d'indemnisation n'est pas touchée par une exclusion en vertu des modalités de la présente police.

Périodes couvrant l'exercice de la profession habituelle et l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle

La définition d'*invalidité totale* qui s'applique à une demande d'indemnisation varie selon que c'est la période couvrant l'exercice de la profession habituelle qui a cours ou la période couvrant l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle.

C'est la **période couvrant l'exercice de la profession habituelle** qui est appliquée à la *date du début de l'invalidité* pour toutes les demandes d'indemnisation, à l'exception de celles touchées par les limitations « Congé autorisé » et « Chômage/nombre d'heures minimum ».

Les demandes d'indemnisation assujetties à la limitation « Congé autorisé » ne commencent pas par une *période couvrant l'exercice de la profession habituelle* mais peuvent comprendre une telle période (se reporter aux modalités de cette limitation). Dans le cas des demandes d'indemnisation assujetties aux limitations « Chômage/nombre d'heures minimum », il n'y a pas de *période couvrant l'exercice de la profession habituelle*.

Toute *période couvrant l'exercice de la profession habituelle* prend fin lorsque la demande d'indemnisation a ouvert droit à des *prestations* pendant les 24 mois suivant la fin du *délai de carence* le plus court indiqué aux conditions particulières.

Une **période couvrant l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle** correspond à toute partie d'une période d'indemnisation qui n'est pas une *période couvrant l'exercice de la profession habituelle*.

Définition d'invalidité totale

Au cours d'une période couvrant l'exercice de la profession habituelle, on entend par **totalelement invalide** qu'en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie*, et uniquement pour cette raison :

1. la personne assurée est dans l'incapacité, même avec de l'aide ou une modification de ses fonctions qui serait raisonnable, d'accomplir les fonctions essentielles de sa profession habituelle (ou les fonctions essentielles de chacune de ses professions habituelles, si elle en exerce plus d'une seule);
2. la personne assurée n'exerce aucune profession rémunérée; et
3. la personne assurée est suivie par un *médecin* et reçoit un *traitement approprié*.

Au cours d'une période couvrant l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle, on entend par **totalelement invalide** qu'en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie*, et uniquement pour cette raison :

1. la personne assurée est dans l'incapacité, même avec de l'aide ou une modification de ses fonctions qui serait raisonnable, d'accomplir les fonctions essentielles de n'importe quelle activité professionnelle qu'elle est (ou pourrait raisonnablement devenir) apte à exercer du fait de son instruction, de sa formation ou de son expérience ou de sa rémunération moyenne antérieure;
2. la personne assurée n'exerce aucune profession rémunérée; et
3. la personne assurée est suivie par un *médecin* et reçoit un *traitement approprié*.

Profession habituelle s'entend de toute profession que la personne assurée aurait continué à exercer après la *date du début de l'invalidité* si elle n'était pas devenue *totalelement invalide*. *Profession habituelle* renvoie à des genres d'activités professionnelles et ne se limite pas aux fonctions particulières d'un emploi donné ou travail au sein d'une entreprise en particulier.

Si la personne assurée travaillait normalement plus de 40 heures par semaine avant la *date du début de l'invalidité*, elle ne sera pas considérée *totalelement invalide* si elle travaille ou est en mesure de travailler au moins 40 heures par semaine.

Profession rémunérée s'entend de tout travail effectué contre rémunération ou profit qui procure à la personne assurée, ou pourrait raisonnablement lui procurer, une *rémunération* correspondant à au moins 60 % de son *revenu antérieur à l'invalidité*.

Présomption d'invalidité totale

Si la personne assurée perd l'usage des deux mains ou des deux pieds, ou d'une main et d'un pied, ou subit la perte totale de l'ouïe des deux oreilles, de la vue des yeux, ou de la parole, elle est alors réputée *totalelement invalide* aussi longtemps que la perte persiste, même si elle continue d'exercer sa *profession habituelle* ou qu'elle se livre à une autre *profession rémunérée*.

Fin du versement des prestations mensuelles

1. Pour autant qu'une preuve de sinistre jugée satisfaisante nous soit fournie lorsque nous en faisons la demande, nous continuons de verser les *prestations mensuelles* à la personne assurée, mais pas au-delà de la première à survenir des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle la personne assurée cesse d'être *totalelement invalide*; et
 - b) la date à laquelle la *période d'indemnisation maximale* prend fin.
2. Toutefois, toujours sous réserve de l'alinéa 1 ci-dessus, si la demande d'indemnisation continue d'ouvrir droit à des *prestations* au-delà de la *date d'expiration*, la *prestation mensuelle* ne sera pas versée au-delà de la dernière à survenir des dates suivantes :
 - a) la *date d'expiration* ; et
 - b) la date à laquelle les *prestations mensuelles* ont été payables pendant 24 mois au cours de la demande d'indemnisation.

Une *prestation* payable pour une *invalidité* ne peut être versée avant la fin du mois auquel elle se rapporte.

Si des *prestations d'invalidité* sont payables uniquement pour une partie d'un mois, nous versons alors 1/30 de la *prestation d'invalidité* pour chaque jour entier pour lequel votre demande d'indemnisation ouvre droit à des *prestations*.

Invalidité récidivante

Si, au cours des douze mois suivant la fin d'une période d'*invalidité* ayant ouvert droit à des *prestations*, la *personne assurée* devient de nouveau invalide, alors que votre police est toujours en vigueur, et l'*invalidité* est attribuable à la même cause ou à une cause connexe, cette période subséquente d'*invalidité* est réputée la continuation de la période précédente pour laquelle une demande d'indemnisation a été présentée relativement à la personne assurée. Il n'y a pas de nouveau *délai de carence* à accomplir concernant cette demande d'indemnisation ainsi prolongée. Toutefois, elle demeure assujettie à la *période maximale d'indemnisation* initiale.

Causes simultanées d'invalidité

Nous ne versons qu'une seule *prestation* par mois d'*invalidité*, quel que soit le nombre de *blessures* ou de *maladies* ayant causé directement ou indirectement l'*invalidité* ce mois-là.

Exonération de primes

Sauf si nous vous avisons que vous êtes libéré du paiement des primes, et jusqu'à ce que nous vous en avisons, vous êtes tenu d'acquitter les primes à leur échéance. Toutefois, si nous acceptons de verser des *prestations* pour une *invalidité*, nous remboursons les primes acquittées après la *date du début de l'invalidité* et nous renonçons aux primes venant à échéance durant la période qui ouvre droit à des *prestations* en raison de l'*invalidité*. Pour maintenir l'assurance au titre de la présente police, vous êtes tenu de reprendre le paiement des primes dès que les *prestations d'invalidité* cessent d'être versées. Toutefois, s'il y a exonération des primes à un *anniversaire d'assurance* qui suit ou coïncide avec la *date d'expiration*, la police prend fin d'office à cet *anniversaire d'assurance*, sans possibilité de la renouveler ou de la maintenir en vigueur au-delà de cette date.

Prestation de survie

Si le décès de la personne assurée survient pendant que des *prestations d'invalidité* sont payables, nous versons un montant forfaitaire correspondant à trois fois la dernière *prestation mensuelle* qui était payable à la personne assurée avant son décès, conformément à la désignation de bénéficiaire applicable au moment de son décès. Si cette désignation porte sur plusieurs bénéficiaires, et qu'un ou plusieurs d'entre eux meurent avant la personne assurée, les sommes qui reviennent à ces derniers sont versées en parts égales aux bénéficiaires survivants désignés. S'il n'existe aucune désignation de bénéficiaire au décès de la personne assurée (ou si aucun bénéficiaire désigné n'est vivant), nous versons le montant à ses ayants droit.

Aide pour le retour au travail

Si, en raison d'une *blessure* ou d'une *maladie*, la personne assurée ne travaille pas, ou si elle ne travaille pas à sa pleine capacité, peu importe qu'elle ait ou non accompli le *délai de carence*, nous pourrions l'aider à réintégrer le milieu du travail ou à améliorer son employabilité.

Cette aide peut comprendre notamment, sans toutefois s'y limiter, les dispositions nécessaires à l'obtention des services suivants et/ou l'acquiescement de la totalité ou d'une partie des coûts de ces services :

- a) expertise et/ou traitement médical;
- b) réadaptation fonctionnelle;
- c) réadaptation psychiatrique et/ou psychologique;
- d) évaluation professionnelle;
- e) recyclage et/ou formation professionnelle;
- f) services de placement;
- g) planification financière personnelle et/d'entreprise

Cette aide peut également comprendre, sans nécessairement s'y limiter, les dispositions nécessaires et/ou l'acquiescement de la totalité ou d'une partie des coûts nécessaires à l'obtention des articles ci-après visant à modifier le lieu de travail de la personne assurée :

- a) mobilier et/ou matériel ergonomique;
- b) matériel pour faciliter les déplacements; et
- c) appareils visuels et/ou auditifs.

Nous prenons en charge le coût de ces services et/ou modifications si :

- a) nous avons accepté, par écrit, de les prendre en charge avant que les coûts aient été engagés;

- b) nous jugeons que ces services sont susceptibles d'aider de manière adéquate la personne assurée à reprendre le travail ou à améliorer sa capacité de travail; et
- c) la personne assurée n'a droit à aucun remboursement de ces coûts de quelque provenance que ce soit.

Nous pourrions à l'occasion réexaminer notre prise en charge de ces services et/ou modifications et, si nous jugeons qu'ils aident adéquatement la personne assurée à reprendre le travail ou qu'ils améliorent son employabilité, nous pourrions continuer de les prendre en charge. Nous pourrions également modifier ou cesser de prendre en charge ces services selon la participation de la personne assurée et les progrès réalisés en ce qui concerne son retour au travail.

Greffe d'organe ou chirurgie esthétique

Si la personne assurée devient *invalidé* à la suite d'une intervention chirurgicale visant à faire don d'un organe à une autre personne ou d'une chirurgie esthétique visant à améliorer son apparence ou à réparer un défigurement, *l'invalidité* est réputée avoir été causée par une *maladie* si au moins six mois se sont écoulés depuis la *date du début de l'invalidité* et la dernière à survenir des dates suivantes :

1. la date d'effet de la police; et
2. la date de la dernière remise en vigueur de la police.

Spécimen

LIMITATIONS

Chômage/nombre d'heures minimum

Si, à la *date du début de l'invalidité*, la personne assurée est sans emploi ou elle ne travaille pas régulièrement au moins 20 heures par semaine et au moins 35 semaines par année :

1. la demande d'indemnisation présentée pour toucher des *prestations mensuelles* est réputée ne pas comporter de *période couvrant l'exercice de la profession habituelle* (la définition d'*invalidité* pendant la durée du règlement est celle qui s'applique à une *période couvrant l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle*); et
2. la *période maximale d'indemnisation* se limite à au plus 24 mois.

Congé autorisé

Si, à la *date du début de l'invalidité*, la personne assurée est un travailleur saisonnier entre deux périodes d'activité déterminées, en congé autorisé ou en congé sabbatique pour une durée déterminée :

1. la définition d'*invalidité* jusqu'à la date prévue de son retour au travail est celle qui s'applique à une *période couvrant l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle* ;
2. si des prestations lui sont encore payables à la date expressément prévue de son retour au travail, la définition d'*invalidité* devient alors celle qui s'applique à une *période couvrant l'exercice de la profession habituelle* ; et
3. si la demande d'indemnisation ouvre droit à des *prestations* pendant 24 mois, la définition d'*invalidité* pendant la demande d'indemnisation est celle qui s'applique à une *période couvrant l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle*.

Lieu de résidence

Si, au cours d'une période durant laquelle des *prestations* sont payables pour une *invalidité*, le lieu de résidence principale de la personne assurée se trouve depuis plus de 12 mois à l'extérieur du Canada, des États-Unis ou du Royaume-Uni, nous cessons de verser des *prestations* pour l'*invalidité*.

Si la personne assurée élit de nouveau domicile au Canada, aux États-Unis ou au Royaume-Uni, le versement des *prestations d'invalidité* reprend (sous réserve des autres dispositions de la présente police) sur présentation d'une preuve que son *invalidité* s'est poursuivie de façon ininterrompue et qu'elle a reçu un *traitement approprié* depuis la *date du début de l'invalidité*. Il ne sera pas nécessaire d'accomplir un nouveau délai de carence pour l'indemnisation qui continue. Toutefois, l'indemnisation qui se poursuit sera assujettie à la période maximale d'indemnisation initiale et aucune prestation d'*invalidité* ne pourra être versée relativement à la période durant laquelle la personne assurée habitait principalement à l'extérieur du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni.

Limitations concernant certaines affections

En cours d'assurance, les demandes d'indemnisation, ou parties d'une période d'indemnisation, qui se rapportent à des *invalidités* causées par ou attribuables à des affections connues actuellement ou précédemment comme le syndrome de fatigue chronique, le syndrome d'Epstein-Barr, le syndrome de douleur chronique, la fibromyalgie, la fibrosite, une maladie environnementale, ou la sensibilité multiple aux agents chimiques, ainsi qu'aux affections semblables ou connexes, ouvrent droit à des prestations pendant une période d'au plus 24 mois cumulatifs.

Troubles d'ordre mental, psychiatrique et émotionnel

En cours d'assurance, les demandes d'indemnisation, ou parties d'une période d'indemnisation, qui se rapportent à des *invalidités* causées par ou attribuables à des troubles d'ordre mental, psychiatrique, psychologique ou émotionnel ou à des maladies, y compris, mais pas exclusivement, la dépression, l'anxiété, le stress ou l'épuisement professionnel, ouvrent droit à des prestations pendant une période d'au plus 24 mois cumulatifs. Dans l'application de la présente limitation, la démence causée uniquement par un accident cérébrovasculaire, un traumatisme à la tête, une infection virale ou la maladie d'Alzheimer n'est pas considérée comme un trouble d'ordre mental, psychiatrique, psychologique ou émotionnel.

Blessures aux tissus mous et discarthrose

En cours d'assurance, les demandes d'indemnisation, ou parties d'une période d'indemnisation, qui se rapportent à des *invalidités* causées par ou attribuables à une *blessure aux tissus mous* ou à une discarthrose ouvrent droit à des prestations pendant une période d'au plus 24 mois cumulatifs.

Par **blessure aux tissus mous**, il faut entendre une lésion que les *médecins* considèrent de façon générale comme une blessure aux tissus mous, notamment (mais pas exclusivement) ecchymose, contusion, tendinite, coup de fouet cervical, foulure ou entorse. La foulure s'entend des dommages atteignant les muscles du fait d'un surmenage ou gros effort physique. L'entorse s'entend des dommages subis par les tendons ou ligaments autour d'une articulation et comporte parfois de légères déchirures sans rupture totale des tendons ou ligaments.

Prestations maximales de toutes sources jusqu'à concurrence de 85 %

1. Pendant que la personne assurée est *invalidé*, elle pourrait être admissible à recevoir des prestations d'invalidité en provenance d'autres sources, comme :
 - a) le Régime de pensions du Canada ou autre régime d'État semblable;
 - b) une loi visant l'indemnisation des accidents du travail ou une assurance qui offre des prestations semblables;
 - c) une assurance ou un régime d'assurance collective ou d'association qui couvre les invalidités de longue ou de courte durée, un régime à indemnités hebdomadaires, ou un régime d'assurance salaire; et
 - d) une assurance automobile.
2. Sauf interdiction prévue par la loi, la *prestation* versée en raison d'une *invalidité* sera réduite dans la proportion du total des montants suivants qui dépasse 85 % du *revenu antérieur à l'invalidité* de la personne assurée, à savoir :
 - a) la *prestation d'invalidité* ; plus
 - b) le taux mensuel des prestations que la personne assurée reçoit d'autres sources de prestations d'assurance invalidité, plus
 - c) toute rémunération que touche la personne assurée en ce moment, plus
 - d) toute autre prestation supplémentaire à laquelle la personne assurée aurait pu prétendre au titre d'autres sources d'assurance invalidité si elle en avait fait la demande en bonne et due forme et dans les délais prescrits.

3. Si la personne assurée reçoit, en une somme forfaitaire rétroactive, des prestations d'invalidité d'autres sources, nous faisons un nouveau calcul des *prestations d'invalidité* que nous avons déjà versées. Si nous vous avons effectué un paiement excédentaire pour un mois donné, nous nous réservons le droit, à notre gré, de demander à la personne assurée le remboursement du trop-payé ou de récupérer ce montant par la réduction ou la suspension des prestations.

Minimum garanti

Si la personne assurée devient invalide après une année d'assurance, la réduction des prestations en vertu de la prestations maximales de toutes sources jusqu'à concurrence de 85 % ne peut entraîner une réduction de la *prestation d'invalidité* à moins de 25 % de celle qu'elle aurait été admissible à recevoir en l'absence de cette réduction ou à moins de 1 000 \$, selon le moindre montant.

EXCLUSIONS

1. Nous ne versons aucune *prestation* pour toute période d'*invalidité* ayant pour cause directe ou indirecte :
 - a) une intoxication entraînée par des médicaments, par l'alcool ou autrement;
 - b) la consommation abusive de médicaments, obtenus avec ou sans ordonnance, ou d'alcool ou d'autres substances;
 - c) une tentative de suicide ou toute autre automutilation volontaire;
 - d) tout acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, une émeute, une insurrection ou toute autre forme de désordre public;
 - e) les infections à germes opportunistes ou autres maladies que les *médecins* associent au sida ou au VIH, si la personne assurée avait le sida ou était porteur du VIH avant la date à laquelle la présente police a pris effet; ou
 - f) des *blessures* survenues pendant que la personne assurée commet ou tente de commettre un acte criminel, que des accusations soient ou non portées contre elle.
2. Nous ne versons pas de *prestations* relativement à :
 - a) toute période pendant laquelle vous êtes en prison ou incarcéré dans un autre établissement;
 - b) toute *invalidité* entraînée par une grossesse normale ou un accouchement normal (étant précisé que cette exclusion ne s'applique pas aux *invalidités* causées par des complications survenues pendant la grossesse ou l'accouchement).
3. Certains des termes définis dans la présente police ont un sens restrictif qui peut avoir pour effet que certaines demandes d'indemnisation ne sont pas prises en charge. Se reporter à la section intitulée « Définition » de la présente police et, notamment, aux définitions d'*accident*, de *délai de carence*, de *blessure* et de *maladie*.

PRIMES ET REMISE EN VIGUEUR DE LA POLICE

Paiement des primes

Les primes de toutes les garanties prévues par la présente police sont dues le premier jour de la période visée. Le paiement de la deuxième prime et des primes subséquentes se fait selon la périodicité précisée aux conditions particulières (les primes mensuelles doivent être acquittées par prélèvements automatiques). Le montant et l'échéance de la première prime figurent aux conditions particulières.

Le paiement d'une prime ne permet pas de maintenir la police en vigueur au-delà de la date d'échéance de la prime suivante, sauf conformément à la clause applicable au délai de grâce ci-après. Si une prime n'est pas acquittée à son échéance, ou au cours du délai de grâce applicable, la police prend fin à la date d'échéance de la prime et nous ne sommes pas tenu de verser des *prestations* relativement à toute demande d'indemnisation présentée au titre de la présente police si la *blessure*, la *maladie*, la *date du début de l'invalidité*, ou autre événement ouvrant droit à des *prestations*, survient ou prend naissance après cette date d'échéance.

Délai de grâce

Le paiement de la deuxième prime et des primes subséquentes peut avoir lieu au cours des 31 jours suivant la date d'échéance de la prime correspondante.

Remise en vigueur

Si la présente police a été résiliée par suite du non-paiement d'une prime, vous pouvez demander sa remise en vigueur dans les six mois qui suivent la date d'échéance de la prime marquant la résiliation. Toutefois, la remise en vigueur de la police n'a lieu que si nous recevons une preuve satisfaisante établissant que la personne assurée, et le cas échéant, les autres personnes assurées en vertu des avenants, demeurent un risque assurable au titre de la police. La remise en vigueur ne prend effet qu'à la dernière à survenir des dates suivantes :

1. la date à laquelle nous vous avisons par écrit que nous acceptons votre demande de remise en vigueur; et
2. la date à laquelle vous acquittez toutes les primes qui auraient été dues en vertu de la police à la date de notre avis.

Aucune *prestation* ne peut être versée dans le cas d'une demande d'indemnisation pour laquelle la *blessure*, la *maladie*, la *date du début de l'invalidité* ou tout autre événement ouvrant droit à des *prestations* au titre de la présente police survient ou prend naissance entre la date d'échéance de la prime à laquelle la police est résiliée et la date de sa remise en vigueur.

CONDITIONS RÉGLEMENTAIRES

Cession

Nous n'assumons aucune responsabilité quant à la validité ou l'effet de toute cession. Une cession n'engage pas non plus notre responsabilité à moins d'être fait par écrit, et qu'une copie conforme du document faisant état de la cession nous soit transmise. Une cession ne peut avoir pour effet de changer la personne assurée. La cession du droit de la personne assurée de toucher les *prestations* est assujettie aux droits de tout bénéficiaire irrévocable désigné relativement à la prestation de survie, ainsi qu'à nos droits à votre égard et à l'égard de la personne assurée en vertu de la police.

Preuve de sinistre

Pour présenter une demande de *prestations* ou continuer de toucher des *prestations*, la personne assurée doit présenter une preuve de sinistre de la façon suivante :

1. il lui faut remplir au complet les formulaires de demande d'indemnisation; elle peut se les procurer auprès de nous;
2. il lui faut fournir les renseignements pertinents que nous lui demandons (concernant notamment, son état de santé, son revenu et ses activités) et nous prêter son concours dans l'obtention de renseignements pertinents auprès de tiers (notamment, les professionnels de la santé actuels et antérieurs); et
3. il lui faut participer, si nous en faisons la demande, à des examens, évaluations ou entretiens par des professionnels de la santé ou autres professionnels de notre choix.

En cours d'indemnisation, nous avons le droit d'obtenir de vous et de la personne assurée des preuves, aux modalités décrites ci-dessus, établissant que la demande continue d'ouvrir droit à des *prestations*. Si nous vous le demandons, vous, et/ou la personne assurée, devez nous présenter ces preuves dans un délai de 30 jours (cependant, si ces preuves ne peuvent nous être fournies dans les 30 jours suivant notre demande, elles doivent l'être aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire). Si les preuves demandées ne nous sont pas fournies dans le délai prescrit, la personne assurée perd son droit à toute autre *prestation* au titre de la demande d'indemnisation.

Ces obligations touchant les preuves de sinistre restent valables même en cas d'infraction aux modalités de la présente police.

Autopsie

En cas de décès, nous nous réservons le droit de faire procéder à une autopsie. Cette autopsie sera effectuée dans la limite des lois de la province où le décès a eu lieu.

Monnaie

Toutes les *prestations* et toutes les primes sont payables en monnaie canadienne.

Avis

Les avis à donner dans le cadre de la police doivent être faits par écrit.

Erreur sur l'âge ou le sexe

Si l'âge ou le sexe de la personne assurée indiqué dans la proposition est erroné, la *prestation mensuelle* payable en vertu de la présente police sera calculée selon le montant d'assurance qu'une personne du sexe de la personne assurée ou ayant son âge aurait été en mesure de souscrire compte tenu du montant de votre prime.

Si, insert new characters here to push that word out d'après l'âge ou le sexe exact de la personne assurée, nous n'aurions pas établi la police ou nous l'aurions résiliée, notre obligation se limite au remboursement des primes payées pour toutes les périodes durant lesquelles la présente police n'était pas valablement en vigueur.

Contestabilité

Vous, et la personne assurée, êtes tenu de nous indiquer dans une proposition, lors d'un examen médical, et le cas échéant, dans les déclarations ou réponses présentées par écrit à titre de justification d'assurabilité, tous les faits importants dans le cadre de l'assurance dont vous ou la personne assurée avez connaissance. Si vous ou la personne assurée passez sous silence ou dénaturez des faits importants, nous nous réservons le droit d'annuler la police dans sa totalité.

Toutefois, lorsque la police est demeurée en vigueur sans interruption, du vivant de la personne assurée, pendant plus de deux ans après la date à laquelle la police a initialement pris effet ou après la date de sa dernière remise en vigueur, selon la date la plus tardive, nous ne pouvons contester la validité de la police, sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, ou si l'événement à l'origine d'une demande d'indemnisation visant à toucher des *prestations* survient avant la fin de la période de deux ans. Nous nous réservons le droit de contester la validité d'une modification au contrat qui a pour effet de rehausser l'assurance au titre de la police. Toutefois, nous n'exerçons pas ce droit lorsque la modification est demeurée en vigueur de façon ininterrompue, du vivant de la personne assurée, pendant deux ans à compter de la date à laquelle la modification a initialement pris effet ou de la date de sa dernière remise en vigueur, selon la date la plus tardive, sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, ou si l'événement à l'origine d'une demande d'indemnisation visant à toucher des *prestations* survient avant la fin de la période de deux ans.

La présente disposition ne s'applique pas à une erreur sur l'âge de la personne assurée.

Résiliation de la police

Vous avez le droit de résilier la présente police n'importe quand en nous adressant un avis par écrit à cet effet. La police cesse alors de produire ses effets le jour où nous recevons l'avis à notre bureau, ou à toute date ultérieure précisée dans l'avis. Nous remboursons les primes payées pour la période qui suit la résiliation de la police.

En cas de divergence entre les dispositions légales reproduites ci-après et les autres modalités de la présente police, ces dernières sont applicables dans la mesure permise par la loi.

DISPOSITIONS LÉGALES

Le contrat

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

Renonciation

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

Copie de la proposition

L'assureur est tenu de fournir, sur demande, à la personne assurée ou à l'auteur d'une demande d'indemnisation en vertu du contrat, une copie de la proposition.

Faits essentiels à l'appréciation du risque

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

Avis et preuve de sinistre

L'assuré, une personne assurée, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande d'indemnisation, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :

- 1) de donner à l'assureur un avis écrit de la demande d'indemnisation,
 - a) soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou au bureau principal de l'assureur dans la province;
 - b) soit en le remettant à un représentant autorisé dans la province;

au plus tard 30 jours après la date à laquelle une demande d'indemnisation prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;

- 2) dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle une demande d'indemnisation prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances, de la survenance de l'accident ou du commencement de la maladie ou de l'invalidité et des pertes qui en résultent, du droit de l'auteur de la demande de recevoir paiement, de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et
- 3) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui peut faire l'objet d'une demande d'indemnisation en vertu du contrat, ainsi que la durée de l'invalidité.

Défaut de notification ou de preuve

Le défaut de donner un avis de sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus d'une année après la date de l'accident ou après la date à laquelle une demande d'indemnisation prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit.

Formules de preuve de sinistre

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

Droit de faire subir un examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées en vertu du présent contrat,

1. l'auteur de la demande d'indemnisation est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen à la date et aussi souvent qu'il est raisonnable, tant que le règlement est en suspens;
2. en cas de décès de la personne assurée, nous pouvons exiger une autopsie, sous réserve des lois du ressort compétent.

Délai de paiement des sommes non reliées à l'arrêt de travail

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat, à l'exception des indemnités d'arrêt de travail, sont versées par l'assureur dans les 60 jours de la réception par celui-ci de la preuve du sinistre.

Délai de paiement des indemnités d'arrêt de travail

Les indemnités initiales d'arrêt de travail sont versées par l'assureur dans les 30 jours de la réception par celui-ci de la preuve du sinistre. Le paiement est par la suite effectué conformément aux conditions du contrat, au moins une fois par période successive de 60 jours, tant que l'assureur demeure tenu d'effectuer les paiements, si l'assuré, sur demande, fournit, avant le paiement, la preuve que son invalidité persiste.

Prescription des recours

Les actions ou instances en recouvrement d'un règlement aux termes du présent contrat ne doivent pas être engagées contre l'assureur plus d'un an après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la demande d'indemnisation avait été valide.

Modifications provinciales

La présente police d'assurance est modifiée par l'ajout des dispositions suivantes :

Prescription des actions en justice :

Toute procédure ou tout recours judiciaire contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées exigibles au titre du contrat est absolument exclu, à moins qu'il ne soit entamé dans les délais prescrits par la loi intitulée *Insurance Act* (pour les procédures ou recours régis par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les procédures ou recours régis par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les procédures ou recours régis par les lois de l'Ontario), ou toute autre loi applicable dans votre province de résidence. Pour les procédures ou recours régis par les lois du Québec, le délai de prescription est indiqué dans le Code civil du Québec.

Limitation relative au bénéficiaire :

Votre police contient une clause qui limite ou révoque votre droit de désigner un bénéficiaire pour recevoir les sommes assurées payables, le cas échéant, au titre du contrat si,

- la présente assurance a été souscrite par téléphone* ;
- la présente assurance a été souscrite en ligne* ;
- un avenant d'assurance temporaire pour enfants était ou sera annexé au contrat d'assurance ;
- la couverture est une police d'assurance maladies graves assortie d'un avenant de remboursement des primes ;
- la présente assurance est une assurance rachat de parts en cas d'invalidité ;
- la présente assurance est une assurance invalidité pour personne-clé ;
- la présente assurance est une assurance Protection-retraite ; ou
- la présente assurance comprend un avenant Protection-retraite.

**Une fois que votre police vous a été remise, vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix sans aucune restriction en remplissant le formulaire *Changement de bénéficiaire*.*