

Assurance vie temporaire

Exemples de pages de contrat de police

- Assurance vie une tête et sur plusieurs têtes..... 2
- Assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 et 20 ans..... 16
- Assurance vie temporaire sous forme d'avenant..... 32
- Avenants facultatifs
 - Garantie supplémentaire en cas de mort accidentelle.....40
 - Avenant de protection pour enfants.....42
 - Avenant d'exonération de primes en cas d'invalidité.....44
 - Avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD}.....46
Renouvelable de dix ans jusqu'à l'âge de 75 ans (Des régimes avec prime uniforme jusqu'à 75 ans et prime uniforme jusqu'à 100 ans sont aussi offerts)
 - Option assurabilité garantie.....62

DÉFINITIONS

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre contrat d'assurance vie temporaire de l'Équitable^{MD}. Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir des clarifications, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle de l'Équitable au 1 800 668-4095 ou votre conseillère ou conseiller financier.

- Âge :** L'âge d'une personne assurée à son anniversaire de naissance le plus rapproché.
- Bénéficiaire ou bénéficiaires :** L'Équitable versera le montant de la prestation de décès à toute personne bénéficiaire selon la désignation de bénéficiaire en vigueur à la date du décès de la personne assurée. Au cours de la durée du présent contrat, la ou le titulaire peut nous aviser par écrit d'une nouvelle désignation de toute personne bénéficiaire qui recevra la prestation de décès si ce changement est permis par les lois applicables. S'il n'y a aucune désignation de bénéficiaire ou si aucune personne bénéficiaire n'est en vie au moment du décès de la personne assurée, tout montant payable sera versé à la personne titulaire du contrat, si en vie, ou sinon, aux ayants droit à sa succession.
- Anniversaire de naissance :** L'anniversaire du jour auquel une personne est née qui exclut le jour où elle est née.
- Compagnie :** Les termes « nous », « notre », « nos », « Équitable » et « Compagnie » désignent L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada et son siège social situé à Waterloo, en Ontario, au Canada.
- Monnaie :** Toutes les primes dues à la Compagnie et versées par la Compagnie en vertu des conditions et des dispositions du présent contrat sont en dollars canadiens.
- Date à laquelle le contrat entre en vigueur :** À la dernière des dates suivantes :
- a) soit : i) au Québec, la date à laquelle l'Équitable accepte le contrat sans modification; ou ii) dans les provinces autres que le Québec, la date à laquelle le contrat vous a été livré; et
 - b) la date à laquelle le montant total de la prime initiale a été payé à la Compagnie;
- pourvu que l'assurabilité de toute personne assurée en vertu du présent contrat n'ait pas changé entre la date à laquelle la proposition d'assurance vie a été signée par la personne assurée et la date à laquelle le contrat vous a été livré.
- Prestation de décès :** Le montant de prestation de décès applicable à la personne assurée, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat.
- Date d'entrée en vigueur :** La date d'entrée en vigueur est la date indiquée dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat et sert à déterminer le paiement des primes.
- Cette date sert aussi à déterminer les dates d'anniversaires contractuels.
- Cette date pourrait être différente de la « date à laquelle le contrat entre en vigueur ».
- Date d'expiration :** Le présent contrat ou la couverture d'assurance vie temporaire expire à la date indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties ». Voir également la section intitulée « Résiliation du contrat ».
- Couverture d'assurance :** Les différentes garanties s'appliquent en vertu du présent contrat et sont indiquées dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » et dans le tableau des primes. La couverture d'assurance comprend la prestation de décès ainsi que toutes les garanties ajoutées par les avenants offerts.

DÉFINITIONS (suite)

Toute personne assurée :	La personne ou les personnes, si le présent contrat couvre plusieurs personnes assurées, que nous avons convenu d'assurer en vertu du présent contrat et que l'on nomme « personne assurée » dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat. Il se peut que la personne assurée ne soit pas forcément titulaire du présent contrat.
Titulaire :	Toute personne titulaire, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat. Les termes « vous », « votre », « vos » et « titulaire » renvoient à toute personne titulaire du présent contrat. Il se peut que toute personne titulaire ne soit pas forcément toute personne assurée en vertu du présent contrat.
Contrat :	Le présent contrat d'assurance vie temporaire.
Anniversaire contractuel :	Dans le présent contrat, l'« anniversaire contractuel » est déterminé chaque année, à compter de la date à laquelle commence la première année contractuelle.
Prime :	Les montants versés à l'Équitable au titre du présent contrat.
Avenant :	Un avenant est une garantie supplémentaire souscrite et établie par nous, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat. Les dispositions et conditions des avenants applicables au présent contrat sont décrites aux pages des avenants annexées au présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les dispositions générales qui s'appliquent à votre contrat d'assurance vie temporaire de l'Équitable.

Cession : Le présent contrat peut être cédé par la ou le titulaire dans la mesure permise par la loi. La cession ne constituera pas une obligation contractuelle pour l'Équitable tant que la Compagnie n'aura pas reçu la demande de cession, par écrit, à son siège social à Waterloo, en Ontario. L'Équitable n'est pas responsable de la validité juridique des cessions.

Décès d'une personne bénéficiaire : Sauf indication contraire de la part de la ou du titulaire, dans le cas du décès d'une personne bénéficiaire, sa part du produit en vertu du présent contrat sera payable à toute personne bénéficiaire survivante. Si aucune des personnes bénéficiaires ne survit, le produit de l'assurance sera versé à toute personne titulaire du contrat ou à ses liquidateurs, ses administrateurs ou ses cessionnaires, si la ou le titulaire a le droit de désigner une nouvelle bénéficiaire ou un nouveau bénéficiaire, ou encore une ou un bénéficiaire subsidiaire.

Versement de la prestation de décès : À condition que le présent contrat d'assurance vie temporaire soit en vigueur à la date du décès de la personne assurée, l'Équitable versera la prestation de décès aux bénéficiaires.

Contrat : La proposition d'assurance, le présent contrat, tous les avenants et tout document annexés au présent contrat au moment de son établissement, et toute modification qu'il a été convenu, par écrit, d'apporter au contrat après son établissement, constituent le contrat intégral. Aucune agente ou aucun agent n'a le pouvoir de modifier le contrat ou de renoncer à appliquer l'une ou l'autre des dispositions qu'il contient. L'Équitable fournira sur demande une copie de la proposition d'assurance du présent contrat à la ou au titulaire ou à la requérante ou au requérant au titre du contrat.

Le présent contrat entre en vigueur à compter de la date qui correspond à la définition du terme « date à laquelle le contrat entre en vigueur ».

Incontestabilité : En cas d'omission de divulguer un fait ou de la fausse déclaration d'un fait dans la proposition d'assurance vie, un rapport d'examen médical et toute autre déclaration ou réponse donnée comme preuve d'assurabilité, l'Équitable peut annuler le présent contrat ainsi que toute garantie complémentaire faisant partie du présent contrat.

Lorsque le présent contrat a été en vigueur pendant deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- a) la date à laquelle le contrat entre en vigueur;
- b) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat;

à l'exception d'une déclaration erronée de l'âge ou du sexe (décrite plus loin), la déclaration inexacte ou l'omission de divulguer les faits jugés importants à l'égard du présent contrat, sauf dans les cas de fraude, n'entraînera pas l'annulation du présent contrat et de ses avenants.

Toute couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée qui est entrée en vigueur après la date à laquelle le contrat entre en vigueur sera considérée comme étant incontestable (sauf en cas de fraude), seulement après que la couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée aura été en vigueur pendant deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle la couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée est entrée en vigueur;
- 2) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

- Déclaration erronée de l'âge ou du sexe :** Si la date de naissance ou le sexe de la personne assurée est erroné, tout montant payable en vertu du présent contrat à la suite du décès de cette personne assurée et toute catégorie de risques applicable seront rajustés afin de correspondre au montant de la prestation de décès qui aurait été souscrit si la prime avait été calculée selon l'âge ou le sexe véritable et la catégorie de risques.
- Si la date de naissance ou le sexe d'une personne assurée couverte par un avenant est erroné, tout montant payable en vertu de l'avenant correspondra alors au montant que la prime de cet avenant aurait permis de souscrire d'après l'âge ou le sexe véritable de la personne assurée.
- Contrat sans participation :** Le présent contrat, y compris tous les avenants qui y sont annexés, est un contrat sans participation. Par conséquent, il ne donne pas droit aux participations ni à l'excédent à répartir de la Compagnie.
- Avis et correspondance :** Les avis et la correspondance que la Compagnie doit vous transmettre seront envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique. Nous présumerons que vous aurez reçu l'avis ou la correspondance envoyée le 7^e jour ouvrable suivant l'envoi de l'avis ou de la correspondance par la poste ou le premier jour ouvrable suivant la date de la transmission électronique.
- Les avis et la correspondance de votre part devront être envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique (sous réserve de nos exigences précises en matière de signature pour certains formulaires ou documents) et seront réputés reçus à la date de leur réception à notre siège social à Waterloo, en Ontario.
- Preuve d'âge :** L'Équitable peut exiger que vous lui présentiez une preuve satisfaisante de la date de naissance de la personne assurée avant de faire le versement de toute prestation en vertu du présent contrat ou de tout avenant.
- Protection contre les créanciers :** La protection contre les créanciers de toute personne titulaire pourrait être offerte avec votre couverture d'assurance temporaire, sous réserve de certaines conditions.
- Droit d'annulation :** Vous disposerez de 10 jours civils suivant la date de réception du présent contrat pour l'annuler, à condition que nous ayons reçu un avis écrit de votre part nous indiquant votre intention de l'annuler, et ce, dans ce délai de 10 jours. Si, pour une raison quelconque pendant ce délai, vous décidez d'annuler le contrat, toutes les primes payées seront remboursées à compter de la date à laquelle l'Équitable a reçu votre demande d'annulation. Le présent contrat ou votre contrat sera alors considéré comme nul depuis la date de sa création.
- Règlement au décès :** En vertu du présent contrat, avant de verser tout montant au décès d'une personne assurée, l'Équitable exigera que vous lui présentiez les preuves satisfaisantes suivantes :
- a) une preuve du décès de la personne assurée;
 - b) une preuve de la date de naissance de la personne assurée décédée;
 - c) une preuve du sexe de la personne assurée décédée; et
 - d) une preuve du droit de la requérante ou du requérant de recevoir la prestation.
- Catégorie personnes fumeuses :** Sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là, vous pouvez demander à tout moment de changer la catégorie personnes fumeuses d'une personne assurée pour passer à la catégorie personnes non fumeuses en fournissant à l'Équitable une déclaration écrite avec des preuves satisfaisantes pour que la personne assurée soit admissible en tant que personne non fumeuse. L'Équitable se réserve le droit d'exiger une preuve de bonne santé avant d'accepter la demande de changement de la catégorie personnes fumeuses.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Suicide :

L'Équitable ne versera aucune prestation de décès si l'une ou l'autre des personnes assurées décède des suites d'un suicide, peu importe l'état de santé mentale de toute personne assurée, dans les deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- i) la date à laquelle le contrat entre en vigueur;
- ii) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat.

L'Équitable remettra à toute personne bénéficiaire un montant équivalant aux primes payées à la Compagnie applicables à cette couverture d'assurance ou à l'avenant, moins tout montant déjà versé par la Compagnie. L'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle à l'égard du présent contrat.

Délai de prescription : Toute action ou procédure intentée contre un assureur, ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat, est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre législation pertinente.

ÉCHANTILLON

CATÉGORIE DE RISQUES

Catégorie de risques : L'évaluation de la Compagnie des risques de mortalité de la personne assurée. La catégorie de risques de la personne assurée dépend des déclarations dans la proposition d'assurance ainsi que des renseignements médicaux ou autres reçus et évalués par la Compagnie. Une évaluation standard ou normale du risque de mortalité correspond à 100 %. Une catégorie de risques supérieure à 100 % indique un risque de mortalité élevé. La catégorie de risques aura une incidence sur les taux du coût de l'assurance. Le risque de mortalité fait référence à la probabilité de décès.

**Prime et changement
de la catégorie
de risques :**

En plus de la catégorie de risques, l'Équitable tient compte du sexe, de l'âge et du montant de prestation de décès demandé pour déterminer les taux de prime. Le montant de la prestation de décès et la catégorie de risques sont indiqués dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat. La prime est indiquée dans la section intitulée « Tableau des primes » du présent contrat.

Toute demande de modification à votre contrat, y compris une amélioration de la catégorie de risques de toute couverture, est sous réserve de notre consentement et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

ÉCHANTILLON

PRIMES

Le terme « prime » est défini comme étant le montant que vous payez à l'Équitable pour votre contrat d'assurance vie temporaire.

Primes : Toutes les primes sont payées à l'Équitable et doivent être reçues à notre siège social à Waterloo, en Ontario, pour la période indiquée dans la section intitulée « Tableau des primes ». Vous avez le choix de soumettre votre prime par la poste, en personne ou par service de messagerie ou d'effectuer un paiement par tout autre moyen permis en vertu de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là. Vous pouvez aussi choisir que le montant de vos primes soit prélevé automatiquement de votre compte chèques à l'aide de notre service de débit préautorisé.

La prime initiale est exigible à la date d'entrée en vigueur du contrat. Chaque prime exigible subséquente est payable à sa date d'échéance qui a été déterminée à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat.

Taxe sur la prime : Les primes présentées dans la section intitulée « Tableau des primes » du présent contrat tiennent compte d'une provision pour la taxe sur la prime.

Délai de grâce : Après le paiement de la prime initiale, si toute prime subséquente est impayée au plus tard à la date d'échéance, un délai de grâce de 31 jours commencera à la date d'échéance de la prime omise. Pendant le délai de grâce, votre contrat restera en vigueur. Si l'Équitable ne reçoit pas la prime en souffrance avant la fin du délai de grâce, votre contrat tombera en déchéance, votre couverture prendra fin et l'Équitable n'aura aucune autre obligation en vertu du présent contrat, sous réserve de vos droits indiqués dans la section intitulée « Remise en vigueur ».

Si une personne assurée décède pendant le délai de grâce, les montants des primes en souffrance s'appliquant à cette personne assurée seront déduits de la prestation de décès payable au décès de cette personne assurée.

Remise en vigueur : Si le présent contrat tombe en déchéance à la fin du délai de grâce parce que la prime exigible n'a pas été payée au début du délai de grâce, le contrat pourra être remis en vigueur moyennant le paiement de la prime en souffrance dans un délai supplémentaire de 30 jours suivant la fin du délai de grâce, mais seulement si la personne assurée en vertu du contrat est toujours en vie au moment où le paiement est effectué.

Si le présent contrat tombe en déchéance et qu'il n'est pas remis en vigueur comme indiqué ci-dessus, vous pouvez demander la remise en vigueur du présent contrat dans les deux années qui suivent la déchéance du contrat en fournissant :

- a) une preuve attestant de la bonne santé et de l'assurabilité de la personne assurée, jugée satisfaisante par la Compagnie; et
- b) un paiement des primes payables avec intérêt (au taux que déterminera la Compagnie de temps à autre) à compter de la date de déchéance du présent contrat jusqu'à la date de remise en vigueur.

Le taux d'intérêt affecté au montant ci-dessus sera déterminé par l'Équitable, mais ne dépassera pas le taux d'intérêt permis par la loi.

La date de la remise en vigueur correspondra à la date où toutes les exigences de remise en vigueur ci-dessus auront été satisfaites.

Résiliation du contrat : En plus de toutes les autres dispositions relatives à la résiliation ou à l'expiration figurant dans le présent contrat, votre contrat prendra fin au premier des événements suivants :

- a) la date d'expiration du présent contrat, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat;
- b) la date de déchéance du présent contrat;
- c) la date de résiliation du présent contrat;

PRIMES (suite)

- d) la date du décès de la personne assurée (ou la date du décès de la dernière personne assurée restante si plusieurs personnes étaient assurées) en vertu du présent contrat;
- e) la date à laquelle l'Équitable reçoit la demande d'annulation écrite de la ou du titulaire pour annuler le présent contrat à son siège social à Waterloo, en Ontario; ou
- f) la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance vie temporaire distinct découlant de l'échange ou du contrat d'assurance permanente découlant de la transformation.

ÉCHANTILLON

MODIFICATIONS APPORTÉES À LA COUVERTURE D'ASSURANCE

L'assurance vie temporaire de l'Équitable vous donne la possibilité de modifier la couverture d'assurance offerte en vertu du présent contrat. Vous trouverez ci-dessous les modifications détaillées que vous pouvez apporter au présent contrat ainsi que les exigences susceptibles d'être demandées par l'Équitable pour effectuer ces modifications.

Vous pouvez effectuer les modifications suivantes en tout temps, pendant que votre contrat est en vigueur, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là :

- a) ajouter une couverture d'assurance, sous réserve des preuves d'assurabilité déterminées par la Compagnie;
- b) réduire le montant de la prestation de décès, sous réserve des minimums prévus par le contrat;
- c) annuler un avenant annexé au présent contrat;
- d) annuler une couverture d'assurance;
- e) substituer une personne assurée, sous réserve des exigences suivantes :
 - i) plus d'une personne est une personne assurée en vertu du présent contrat;
 - ii) des preuves de l'assurabilité de la personne à assurer ainsi que la vérification de l'intérêt de la ou du titulaire à l'égard de la vie de la personne à assurer substituée; et
 - iii) le paiement des frais d'administration et de tarification qui pourraient découler de cette substitution, comme déterminé par la Compagnie.

Aucune autre modification n'est permise.

Toutes les modifications doivent être envoyées par écrit au siège social de la Compagnie.

Si le présent contrat comprend une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité, l'ajout de couvertures d'assurance et la substitution d'une personne assurée seront permis uniquement suivant l'annulation de la disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité.

OPTION D'UN CONTRAT DISTINCT D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Vous pouvez, à tout moment, pendant que le présent contrat est en vigueur, demander l'annulation de la couverture d'assurance applicable à une personne assurée en vertu du présent contrat et souscrire un contrat distinct sur la tête de cette personne assurée. Cette option est sous réserve des conditions déterminées par l'Équitable au moment de la demande.

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Les options d'échange et de transformation à votre disposition sont une partie importante de votre contrat d'assurance vie temporaire de l'Équitable.

Option de transformation :

Si le présent contrat comprend une couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans ou 20 ans, à tout moment, précédant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 71^e anniversaire de naissance de la personne assurée et tant que le présent contrat est en vigueur, vous pouvez demander de transformer toute couverture d'assurance vie temporaire en un contrat d'assurance vie permanente établi par l'Équitable à ce moment, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité suivant la libération appropriée et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Si le présent contrat comprend une couverture d'assurance vie temporaire 30/65, à tout moment, précédant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la personne assurée et tant que le présent contrat est en vigueur, vous pouvez demander de transformer toute couverture d'assurance vie temporaire en un contrat d'assurance vie permanente établi par l'Équitable à ce moment, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité suivant la libération appropriée et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Le formulaire de demande pour la transformation dûment rempli doit satisfaire à toute autre exigence que nous jugerons nécessaire afin de nous conformer aux dispositions du contrat et à toute loi applicable.

Vous pouvez transformer la totalité ou, sous réserve de notre consentement, une partie de la prestation de décès indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat, pourvu que le choix de la prestation de décès au titre du nouveau contrat n'augmente pas le montant d'assurance au titre du nouveau contrat d'assurance permanente d'un montant plus élevé que le montant de prestation de décès qui fait l'objet de la transformation. Si une telle option de prestation de décès est choisie, le montant d'assurance au titre du nouveau contrat sera sous réserve du consentement de la Compagnie et une preuve d'assurabilité pourrait être exigée.

Le montant d'assurance au titre du contrat d'assurance permanente doit satisfaire aux minimums et maximums que nous exigeons à ce moment-là pour le montant de la couverture d'assurance, les primes et l'âge pour le contrat d'assurance permanente choisie.

Nous déterminerons la catégorie de risques en fonction du tableau suivant :

Catégorie de risques actuelle	Transformation avant le 10 ^e anniversaire de la couverture	Transformations après le 10 ^e anniversaire de la couverture ou en des régimes sans catégorie de risques privilégiée
Privilégiée	catégorie de risques privilégiée semblable, comme nous le déterminerons	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons
Non privilégiée	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons

Si vous demandez une amélioration de la catégorie de risques au moment de la transformation, la demande sera sous réserve de notre consentement et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La prime exigée pour la couverture d'assurance permanente sera établie en fonction de nos taux de prime ou du coût de l'assurance en vigueur à ce moment-là pour le type de régime et le montant d'assurance demandés en fonction du sexe et de l'âge de la personne assurée à la date de la transformation, et tiendra compte de la catégorie de risques appropriée établie en vertu de cette disposition de l'option de transformation d'assurance vie temporaire.

Si une ou des couvertures d'assurance comprennent une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité, vous pouvez demander que le contrat découlant de la transformation comprenne une disposition semblable, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là et que vous présentiez une preuve d'assurabilité que nous jugeons satisfaisante. L'offre d'autres avenants et garanties au titre du contrat découlant de la transformation est sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE (suite)

Si les primes sont exonérées en vertu d'une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité pour la personne assurée dont le contrat fait l'objet de la transformation, vous pouvez le transformer uniquement en un contrat d'assurance vie permanente sur une tête.

Si les primes sont exonérées en vertu d'une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité pour la personne assurée dont le contrat fait l'objet de la transformation et :

- 1) que vous souhaiteriez exercer l'option de transformation et choisir le régime d'assurance vie permanente lorsque le régime sera transformé par la personne assurée, les primes au titre du contrat d'assurance vie sur une tête qui fait l'objet de la transformation ne seront pas exonérées et seront exigibles; ou
- 2) si l'invalidité est survenue avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la personne assurée et que vous exercez l'option de transformation à tout moment à compter de l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée et que vous souhaitez l'exonération des primes du contrat d'assurance vie sur une tête qui fait l'objet de la transformation alors que l'invalidité de la personne assurée se prolonge, le contrat de la personne assurée sera alors transformé en un type de régime d'assurance vie permanente, comme nous le déterminerons et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là. Les primes du nouveau contrat seront exonérées uniquement lorsque l'invalidité se prolonge.

Toute preuve de bonne santé et d'assurabilité des personnes assurées, qui faisait partie du contrat jusqu'à la date de transformation, sera réputée faire partie intégrante du contrat en vertu duquel est fourni le contrat d'assurance vie permanente.

Si le présent contrat comprend des exclusions, des exclusions semblables s'appliqueront au contrat découlant de la transformation, ainsi que toute limitation de notre responsabilité habituelle concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture alors établie.

Transformation partielle pour le reste de la couverture :

Si vous choisissez de transformer uniquement une partie du montant de la prestation de décès du présent contrat en un contrat d'assurance vie permanente, vous serez en mesure de maintenir le présent contrat avec le montant restant de la prestation de décès sous réserve de ce qui suit :

- ce montant n'est pas inférieur au minimum requis pour que la couverture d'assurance temporaire et le contrat demeurent en vigueur;
- le montant de la prestation de décès payable en vertu du présent contrat, combiné au montant d'assurance payable en vertu du nouveau contrat, n'est pas supérieur au montant qui aurait été payable si la transformation partielle n'avait pas eu lieu.

La catégorie de risques de la personne assurée et les taux de prime applicables à toute partie du montant de prestation décès non transformée pourraient changer en raison du montant d'assurance minimal requis pour répondre aux exigences liées à certaines catégories de risques et aux primes.

Les conditions de l'option de transformation continueront de s'appliquer au montant de prestation de décès réduit au titre du présent contrat.

Option d'échange : **Option d'échange pour l'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans :**

Si le présent contrat comprend une couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans en vigueur, vous avez l'option de l'échanger pour une couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Cette option est offerte à partir du premier anniversaire de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance », et prend fin au cinquième anniversaire de la couverture ou à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée, selon la première éventualité; après quoi, cette option expire.

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE (suite)

Le formulaire de demande pour l'échange dûment rempli doit satisfaire à toute autre exigence que nous jugerons nécessaire afin de nous conformer aux dispositions du contrat et à toute loi applicable.

Vous pouvez échanger la totalité du montant de la prestation de décès de l'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat, ou une partie de ce montant, sous réserve de notre consentement et du montant de prestation de décès minimal requis à ce moment-là. Le montant de la prestation de décès de la couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans ne peut pas être supérieur au montant de prestation de décès indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat et ne peut pas être inférieur au montant minimal requis.

Toute demande d'augmentation du montant de prestation de décès est sous réserve d'une preuve d'assurabilité et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La prime requise pour la couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans échangée sera établie en fonction de nos taux d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans en vigueur à ce moment-là et du montant de couverture d'assurance demandé en fonction du sexe et de l'âge de la personne assurée à la date de l'échange. Une catégorie de risques semblable à celle de la couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans initiale échangée, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là. La date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans correspondra à la date de l'échange.

Les avenants et les garanties établis par le contrat initial d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans peuvent être ajoutés au contrat nouvellement échangé suivant disponibilité et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans ne peut être échangée si une exonération des primes en vertu d'une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité est en vigueur, et que l'option d'échange ne peut pas être prolongée si elle expire pendant la période au cours de laquelle les primes sont exonérées en vertu de la disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité.

Toute preuve de bonne santé et d'assurabilité de la personne assurée, qui faisait partie du contrat jusqu'à la date de l'échange, sera réputée faire partie intégrante du contrat en vertu duquel est fournie la couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans.

Si le présent contrat comprend des exclusions, des exclusions semblables s'appliqueront à la couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans échangée, ainsi que toute limitation de notre responsabilité habituelle concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture échangée alors établie.

PRESTATION DE CONSULTATION POUR PERSONNES EN DEUIL

Au décès de la personne assurée en vertu du présent contrat et suivant le paiement de la prestation de décès en vertu d'une ou de plusieurs couvertures d'assurance, l'Équitable versera une prestation de consultation pour personnes en deuil à toute personne bénéficiaire du présent contrat. L'Équitable remboursera toute personne bénéficiaire jusqu'à un maximum de 1 000 \$ au total pour les frais de consultation, à condition que les règles suivantes soient respectées :

- toute personne bénéficiaire présente les reçus dans les 12 mois suivant la date du décès de la personne assurée;
- la conseillère ou le conseiller détient un agrément ou une certification professionnelle que l'Équitable jugera approprié.

Le remboursement est sous réserve des règles et pratiques administratives de l'Équitable en vigueur à ce moment-là.

Peu importe le nombre de personnes bénéficiaires désignées en vertu du présent contrat, seul un montant total de 1 000 \$ sera remboursé pour les frais de consultation de toutes les personnes bénéficiaires. L'Équitable ne fractionnera pas la distribution de cette prestation en fonction de la désignation de bénéficiaire. Le paiement prévu par cette garantie ne sera effectué que sur présentation de reçus.

ÉCHANTILLON

OPTIONS DE RÈGLEMENT

Si le présent contrat n'a pas été cédé, vous pouvez choisir, en envoyant une demande écrite reçue à notre siège social à Waterloo, en Ontario, qu'un montant précis de la prestation de décès payable en une somme forfaitaire au décès d'une personne assurée en vertu du présent contrat, soit affecté au titre de l'une des options de versement ci-dessous, si offerte, et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur au moment où la prestation de décès est payable :

- a) Versements limités – le montant précisé serait versé comme revenu mensuel pour une période limitée sous forme d'une rente certaine, et ce, sous réserve de montants minimaux et maximaux qui respectent nos exigences.
- b) Versements continus – le montant précisé serait versé comme revenu mensuel au cours de la vie durant de la payeuse ou du payeur, sous forme d'une rente viagère ou d'un autre type de rente que nous offrons à ce moment-là, et ce, sous réserve de montants minimaux et maximaux qui respectent nos exigences.
- c) Produit en dépôt – le montant précisé serait laissé en dépôt auprès de nous pour une période que nous avons approuvée. L'intérêt s'accumulera sur le produit à un taux que nous établirons périodiquement qui ne sera jamais négatif.
- d) Autre option de versement – le montant précisé serait affecté à toute autre option de versement que nous offrons à ce moment-là.

Vous pouvez révoquer ou changer votre choix à tout moment, et ce, par un avis écrit reçu à notre siège social, à Waterloo, en Ontario.

Toute personne bénéficiaire, ayant droit à la prestation de décès, peut aussi choisir l'une des options ci-dessus relativement à la prestation de décès applicable, sauf indication contraire de votre part.

Le montant du revenu mensuel versé en fonction de l'option « a » ou « b » correspondra au montant calculé en appliquant les taux de rente immédiate en vigueur à la date du début des versements mensuels. Toute personne bénéficiaire devra nous fournir les renseignements personnels nécessaires pour l'entrée en vigueur de la rente.

DÉFINITIONS

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre contrat d'assurance vie temporaire de l'Équitable^{MD}. Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir des clarifications, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle de l'Équitable au 1 800 668-4095 ou votre conseillère ou conseiller financier.

- Âge :** L'âge de chacune des personnes assurées à leur anniversaire de naissance respectif le plus rapproché.
- Bénéficiaire ou bénéficiaires :** L'Équitable versera le montant de la prestation de décès à toute personne bénéficiaire selon la désignation de bénéficiaire en vigueur à la date du premier décès à survenir parmi les personnes assurées. Au cours de la durée du présent contrat, la ou le titulaire peut nous aviser par écrit d'une nouvelle désignation de toute personne bénéficiaire qui recevra la prestation de décès si ce changement est permis par les lois applicables. S'il n'y a aucune désignation de bénéficiaire ou si aucune personne bénéficiaire n'est en vie au premier décès à survenir parmi les personnes assurées, tout montant payable sera versé à la personne titulaire du contrat, si en vie, ou sinon, aux ayants droit à sa succession.
- Anniversaire de naissance :** L'anniversaire du jour auquel une personne est née qui exclut le jour où elle est née.
- Compagnie :** Les termes « nous », « notre », « nos », « Équitable » et « Compagnie » désignent L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada et son siège social situé à Waterloo, en Ontario, au Canada.
- Monnaie :** Toutes les primes dues à la Compagnie et versées par la Compagnie en vertu des conditions et des dispositions du présent contrat sont en dollars canadiens.
- Date à laquelle le contrat entre en vigueur :** À la dernière des dates suivantes :
- a) soit : i) au Québec, la date à laquelle l'Équitable accepte le contrat sans modification; ou ii) dans les provinces autres que le Québec, la date à laquelle le contrat vous a été livré; et
 - b) la date à laquelle le montant total de la prime initiale a été payé à la Compagnie;
- pourvu que l'assurabilité des personnes assurées en vertu du présent contrat n'ait pas changé entre la date à laquelle la proposition d'assurance vie a été signée par les personnes assurées et la date à laquelle le contrat vous a été livré.
- Prestation de décès :** Le montant de prestation de décès applicable aux personnes assurées, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat.
- Date d'entrée en vigueur :** La date d'entrée en vigueur est la date indiquée dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat et sert à déterminer le paiement des primes.
- Cette date sert aussi à déterminer les dates d'anniversaires contractuels.
- Cette date pourrait être différente de la « date à laquelle le contrat entre en vigueur ».
- Date d'expiration :** Le présent contrat ou la couverture d'assurance vie temporaire expire à la date indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties ». Voir également la section intitulée « Résiliation du contrat ».
- Couverture d'assurance :** Les différentes garanties s'appliquent en vertu du présent contrat et sont indiquées dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » et dans le tableau des primes. La couverture d'assurance comprend la prestation de décès ainsi que toutes les garanties ajoutées par les avenants offerts.

DÉFINITIONS (suite)

- Personnes assurées :** Les personnes que nous avons convenu d'assurer en vertu du présent contrat et que l'on nomme « personnes assurées » dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat. Il se peut que les personnes assurées ne soient pas forcément titulaires du présent contrat.
- Titulaire :** Toute personne titulaire, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat. Les termes « vous », « votre », « vos » et « titulaire » renvoient à toute personne titulaire du présent contrat. Il se peut que toute personne titulaire ne soit pas forcément l'une des personnes assurées en vertu du présent contrat.
- Contrat :** Le présent contrat d'assurance vie temporaire.
- Anniversaire contractuel :** Dans le présent contrat, l'« anniversaire contractuel » est déterminé chaque année, à compter de la date à laquelle commence la première année contractuelle.
- Prime :** Les montants versés à l'Équitable au titre du présent contrat.
- Avenant :** Un avenant est une garantie supplémentaire souscrite et établie par nous, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat. Les dispositions et conditions des avenants applicables au présent contrat sont décrites aux pages des avenants annexées au présent contrat.

ÉCHANTILLON

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les dispositions générales qui s'appliquent à votre contrat d'assurance vie temporaire de l'Équitable.

Cession : Le présent contrat peut être cédé par la ou le titulaire dans la mesure permise par la loi. La cession ne constituera pas une obligation contractuelle pour l'Équitable tant que la Compagnie n'aura pas reçu la demande de cession, par écrit, à son siège social à Waterloo, en Ontario. L'Équitable n'est pas responsable de la validité juridique des cessions.

Décès d'une personne bénéficiaire : Sauf indication contraire de la part de la ou du titulaire, dans le cas du décès d'une personne bénéficiaire, sa part du produit en vertu du présent contrat sera payable à toute personne bénéficiaire survivante. Si aucune des personnes bénéficiaires ne survit, le produit de l'assurance sera versé à toute personne titulaire du contrat ou à ses liquidateurs, ses administrateurs ou ses cessionnaires, si la ou le titulaire a le droit de désigner une nouvelle bénéficiaire ou un nouveau bénéficiaire, ou encore une ou un bénéficiaire subsidiaire.

Versement de la prestation de décès : À condition que le présent contrat d'assurance vie temporaire soit en vigueur à la date du premier décès à survenir parmi les personnes assurées, l'Équitable versera la prestation de décès aux bénéficiaires.

Contrat : La proposition d'assurance, le présent contrat, tous les avenants et tout document annexés au présent contrat au moment de son établissement, et toute modification qu'il a été convenu, par écrit, d'apporter au contrat après son établissement, constituent le contrat intégral. Aucune agente ou aucun agent n'a le pouvoir de modifier le contrat ou de renoncer à appliquer l'une ou l'autre des dispositions qu'il contient. L'Équitable fournira sur demande une copie de la proposition d'assurance du présent contrat à la ou au titulaire ou à la requérante ou au requérant au titre du contrat.

Le présent contrat entre en vigueur à compter de la date qui correspond à la définition du terme « date à laquelle le contrat entre en vigueur ».

Incontestabilité : En cas d'omission de divulguer un fait ou de la fausse déclaration d'un fait dans la proposition d'assurance vie, un rapport d'examen médical et toute autre déclaration ou réponse donnée comme preuve d'assurabilité, l'Équitable peut annuler le présent contrat ainsi que toute garantie complémentaire faisant partie du présent contrat.

Lorsque le présent contrat a été en vigueur pendant deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- a) la date à laquelle le contrat entre en vigueur;
- b) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat;

à l'exception d'une déclaration erronée de l'âge ou du sexe (décrite plus loin), la déclaration inexacte ou l'omission de divulguer les faits jugés importants à l'égard du présent contrat, sauf dans les cas de fraude, n'entraînera pas l'annulation du présent contrat et de ses avenants.

Toute couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée qui est entrée en vigueur après la date à laquelle le contrat entre en vigueur sera considérée comme étant incontestable (sauf en cas de fraude), seulement après que la couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée aura été en vigueur pendant deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle la couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée est entrée en vigueur;
- 2) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

- Déclaration erronée de l'âge ou du sexe :** Si la date de naissance ou le sexe de l'une des personnes assurées est erroné, tout montant payable en vertu du présent contrat au premier décès à survenir parmi les personnes assurées et toute catégorie de risques applicable seront rajustés afin de correspondre au montant de prestation de décès qui aurait été souscrit si la prime avait été calculée selon l'âge ou le sexe véritable et la catégorie de risques.
- Si la date de naissance ou le sexe de l'une ou l'autre des personnes assurées couvertes par un avenant est erroné, tout montant payable en vertu de l'avenant correspondra alors au montant que la prime de cet avenant aurait permis de souscrire d'après l'âge ou le sexe véritable de la personne assurée.
- Contrat sans participation :** Le présent contrat, y compris tous les avenants qui y sont annexés, est un contrat sans participation. Par conséquent, il ne donne pas droit aux participations ni à l'excédent à répartir de la Compagnie.
- Avis et correspondance :** Les avis et la correspondance que la Compagnie doit vous transmettre seront envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique. Nous présumerons que vous aurez reçu l'avis ou la correspondance envoyée le 7^e jour ouvrable suivant l'envoi de l'avis ou de la correspondance par la poste ou le premier jour ouvrable suivant la date de la transmission électronique.
- Les avis et la correspondance de votre part devront être envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique (sous réserve de nos exigences précises en matière de signature pour certains formulaires ou documents) et seront réputés reçus à la date de leur réception à notre siège social à Waterloo, en Ontario.
- Preuve d'âge :** L'Équitable peut exiger que vous lui présentiez une preuve satisfaisante de la date de naissance des personnes assurées avant de faire le versement de toute prestation en vertu de ce contrat ou de tout avenant.
- Protection contre les créanciers :** La protection contre les créanciers de toute personne titulaire pourrait être offerte avec votre couverture d'assurance temporaire, sous réserve de certaines conditions.
- Droit d'annulation :** Vous disposerez de 10 jours civils suivant la date de réception du présent contrat pour l'annuler, à condition que nous ayons reçu un avis écrit de votre part nous indiquant votre intention de l'annuler, et ce, dans ce délai de 10 jours. Si, pour une raison quelconque pendant ce délai, vous décidez d'annuler le contrat, toutes les primes payées seront remboursées à compter de la date à laquelle l'Équitable a reçu votre demande d'annulation. Le présent contrat ou votre contrat sera alors considéré comme nul depuis la date de sa création.
- Règlement au décès :** En vertu du présent contrat, avant de verser tout montant au premier décès à survenir parmi les personnes assurées, l'Équitable exigera que vous lui présentiez les preuves satisfaisantes suivantes :
- une preuve du décès de la personne qui est décédée en premier parmi les personnes assurées;
 - une preuve de la date de naissance de la personne qui est décédée en premier parmi les personnes assurées;
 - une preuve du sexe de la personne qui est décédée en premier parmi les personnes assurées; et
 - une preuve du droit de la requérante ou du requérant de recevoir la prestation.
- Décès simultanés :** Si les deux personnes assurées décèdent simultanément ou selon des circonstances où il est difficile d'établir avec certitude quelle personne assurée est décédée en premier, la prestation de décès payable sera versée comme s'il avait été déterminé que la personne assurée la plus âgée était décédée en premier.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Catégorie personnes fumeuses :

Sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là, vous pouvez demander à tout moment de changer la catégorie personnes fumeuses de l'une ou l'autre des personnes assurées pour passer à la catégorie personnes non fumeuses en fournissant à l'Équitable une déclaration écrite avec des preuves satisfaisantes pour que la personne assurée soit admissible en tant que personne non fumeuse. L'Équitable se réserve le droit d'exiger une preuve de bonne santé avant d'accepter la demande de changement de la catégorie personnes fumeuses.

Suicide :

L'Équitable ne versera aucune prestation de décès si une personne assurée décède des suites d'un suicide, peu importe son état de santé mentale, dans les deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- i) la date à laquelle le contrat entre en vigueur;
- ii) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat.

L'Équitable remettra à toute personne bénéficiaire un montant équivalant aux primes payées à la Compagnie applicables à cette couverture d'assurance ou à l'avenant, moins tout montant déjà versé par la Compagnie. L'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle à l'égard du présent contrat.

Délai de prescription : Toute action ou procédure intentée contre un assureur, ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat, est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre législation pertinente.

ÉCHANTILLON

CATÉGORIE DE RISQUES

Catégorie de risques : L'évaluation de la Compagnie des risques de mortalité des personnes assurées. La catégorie de risques de la personne assurée dépend des déclarations dans la proposition d'assurance ainsi que des renseignements médicaux ou autres reçus et évalués par la Compagnie. Une évaluation standard ou normale du risque de mortalité correspond à 100 %. Une catégorie de risques supérieure à 100 % indique un risque de mortalité élevé. La catégorie de risques aura une incidence sur les taux du coût de l'assurance. Le risque de mortalité fait référence à la probabilité de décès.

**Prime et changement
de la catégorie
de risques :**

En plus de la catégorie de risques, l'Équitable tient compte du sexe, de l'âge et du montant de prestation de décès demandé pour déterminer les taux de prime. Le montant de la prestation de décès et la catégorie de risques de chacune des personnes assurées sont indiqués dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat. La prime est indiquée dans la section intitulée « Tableau des primes » du présent contrat.

Toute demande de modification au présent contrat, y compris une amélioration de la catégorie de risques de toute couverture, est sous réserve de notre consentement et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

ÉCHANTILLON

PRIMES

Le terme « prime » est défini comme étant le montant que vous payez à l'Équitable pour votre contrat d'assurance vie temporaire.

Primes : Toutes les primes sont payées à l'Équitable et doivent être reçues à notre siège social à Waterloo, en Ontario, pour la période indiquée dans la section intitulée « Tableau des primes ». Vous avez le choix de soumettre votre prime par la poste, en personne ou par service de messagerie ou d'effectuer un paiement par tout autre moyen permis en vertu de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là. Vous pouvez aussi choisir que le montant de vos primes soit prélevé automatiquement de votre compte chèques à l'aide de notre service de débit préautorisé.

La prime initiale est exigible à la date d'entrée en vigueur du contrat. Chaque prime exigible subséquente est payable à sa date d'échéance qui a été déterminée à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat.

Taxe sur la prime : Les primes présentées dans la section intitulée « Tableau des primes » du présent contrat tiennent compte d'une provision pour la taxe sur la prime.

Délai de grâce : Après le paiement de la prime initiale, si toute prime subséquente est impayée au plus tard à la date d'échéance, un délai de grâce de 31 jours commencera à la date d'échéance de la prime omise. Pendant le délai de grâce, votre contrat restera en vigueur. Si l'Équitable ne reçoit pas la prime en souffrance avant la fin du délai de grâce, votre contrat tombera en déchéance, votre couverture prendra fin et l'Équitable n'aura aucune autre obligation en vertu du présent contrat, sous réserve de vos droits indiqués dans la section intitulée « Remise en vigueur ».

Si l'une des personnes assurées décède pendant le délai de grâce, les montants des primes en souffrance s'appliquant à ces personnes assurées seront déduits de la prestation de décès payable au premier décès à survenir parmi les personnes assurées.

Remise en vigueur : Si le présent contrat tombe en déchéance à la fin du délai de grâce parce que la prime exigible n'a pas été payée au début du délai de grâce, le contrat pourra être remis en vigueur moyennant le paiement de la prime en souffrance dans un délai supplémentaire de 30 jours suivant la fin du délai de grâce, mais seulement si les personnes assurées en vertu du contrat sont toujours en vie au moment où le paiement est effectué.

Si le présent contrat tombe en déchéance et qu'il n'est pas remis en vigueur comme indiqué ci-dessus, vous pouvez demander la remise en vigueur du présent contrat dans les deux années qui suivent la déchéance du contrat en fournissant :

- a) une preuve attestant de la bonne santé et de l'assurabilité des personnes assurées, jugées satisfaisantes par la Compagnie; et
- b) un paiement des primes payables avec intérêt (au taux que déterminera la Compagnie de temps à autre) à compter de la date de déchéance du présent contrat jusqu'à la date de remise en vigueur.

Le taux d'intérêt affecté au montant ci-dessus sera déterminé par l'Équitable, mais ne dépassera pas le taux d'intérêt permis par la loi.

La date de la remise en vigueur correspondra à la date où toutes les exigences de remise en vigueur ci-dessus auront été satisfaites.

Résiliation du contrat : En plus de toutes les autres dispositions relatives à la résiliation ou à l'expiration figurant dans le présent contrat, votre contrat prendra fin au premier des événements suivants :

- a) la date d'expiration du présent contrat, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat;
- b) la date de déchéance du présent contrat;
- c) la date de résiliation du présent contrat;
- d) la date du premier décès à survenir parmi les personnes assurées;

PRIMES (suite)

- e) la date à laquelle l'Équitable reçoit la demande d'annulation écrite de la ou du titulaire pour annuler le présent contrat à son siège social à Waterloo, en Ontario; ou
- f) la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance vie temporaire distinct découlant de l'échange, du contrat d'assurance permanente découlant de la transformation ou des contrats individuels découlant de l'option de souscrire des contrats individuels.

ÉCHANTILLON

DISPOSITION D'OPTIONS SPÉCIALES

Les dispositions d'options spéciales suivantes sont offertes seulement si elles sont exercées avant la date d'expiration du présent contrat comme indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance ».

Prestation de décès supplémentaire :

Si, dans un délai de 60 jours suivant le premier décès à survenir parmi les personnes assurées, la personne assurée survivante décède avant d'avoir atteint l'âge de 70 ans, l'Équitable versera à toute personne bénéficiaire une prestation de décès supplémentaire équivalant à la prestation de décès en vigueur au moment du premier décès.

Option au premier décès :

Le présent contrat prend fin au premier décès à survenir parmi les personnes assurées. Toute personne titulaire ou la personne assurée survivante peut demander, par écrit, dans un délai de 60 jours suivant le premier décès à survenir parmi les personnes assurées et sans preuve d'assurabilité, l'option de souscrire un nouveau contrat d'assurance vie temporaire sur une tête pour un montant allant jusqu'à la prestation de décès maximale en vigueur à la date du premier décès et sous réserve d'un montant minimal de la prestation de décès nécessaire pour le régime choisi. Les primes facturées pour la nouvelle couverture d'assurance temporaire seront établies en fonction de l'âge de la personne assurée survivante aux taux en vigueur à ce moment-là pour une catégorie de risques semblable, comme nous l'aurons déterminé. La nouvelle couverture doit satisfaire aux minimums et maximums que nous aurons alors exigés pour le montant de la prestation de décès, les primes et l'âge pour la couverture d'assurance temporaire choisie.

Option de souscrire des contrats individuels :

Moyennant une preuve de changement important de la relation des personnes assurées en vertu du présent contrat, toute personne titulaire peut demander, par écrit, le rachat du présent contrat d'assurance vie temporaire conjointe premier décès et, sans preuve d'assurabilité, de choisir une nouvelle couverture d'assurance vie temporaire sur une tête, sur la tête de chacune des personnes assurées en vertu du présent contrat pour un montant équivalant à la prestation de décès en vigueur à ce moment-là. La définition du terme « changement important » sera déterminée, de temps à autre, à la discrétion exclusive de la Compagnie. La demande pour souscrire des contrats individuels doit être soumise au plus tard 90 jours après avoir obtenu une preuve d'un changement important, et cette preuve peut être notamment une attestation légale signée de la séparation, du divorce ou de la dissolution du partenariat d'affaires. La preuve documentaire du « changement important » doit être envoyée à l'Équitable, conformément à nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Les primes de la nouvelle couverture d'assurance vie sur une tête seront établies en fonction de l'âge de chacune des personnes assurées aux taux en vigueur à ce moment-là pour une catégorie de risques semblable, comme nous l'aurons déterminé. Toute nouvelle couverture doit satisfaire aux minimums et maximums que nous aurons alors exigés pour le montant de la prestation de décès, les primes et l'âge pour le régime d'assurance temporaire choisi. Le présent contrat prendra fin au moment la ou les nouvelles couvertures du régime d'assurance vie sur une tête sont établies.

Si les primes du présent contrat sont exonérées en vertu de l'avenant d'exonération des primes, et que nous avons reçu la demande écrite pour la souscription de contrats individuels, les primes NE seront PAS exonérées en vertu des nouveaux contrats et seront payables pour les nouveaux contrats établis sur la tête des personnes assurées en vertu de cette disposition.

Si l'« option au premier décès » ou l'« option de souscrire des contrats individuels » est choisie :

- Si la catégorie de risques d'une personne assurée est la catégorie « privilégiée », la catégorie de risques pour cette personne assurée en vertu du nouveau contrat d'assurance distinct sera la même, pourvu que l'Équitable offre une catégorie de risques semblable pour le type de régime et le montant de prestation de décès demandé au moment où l'option est choisie. Si le nouveau contrat n'offre que la catégorie de risques standard, la catégorie de risques du nouveau contrat sera alors la catégorie de risques standard.
- Si la catégorie de risques de la personne assurée est une catégorie autre que la catégorie « privilégiée », la catégorie de risques restera la même en vertu du nouveau contrat, pourvu que cette même catégorie de risques soit alors offerte par l'Équitable pour le montant d'assurance du nouveau contrat. Si la condition ci-dessus n'est pas satisfaite, la catégorie de risques du nouveau contrat correspondra à l'équivalent le plus proche de la catégorie de risques de la personne assurée en vertu du présent contrat.

DISPOSITION D'OPTIONS SPÉCIALES (suite)

- Si le présent contrat comprend une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité, une telle disposition ou un tel avenant ne fera pas partie des contrats découlant de l'option au premier décès ou de l'option de souscrire des contrats individuels.
- Les avenants et les garanties établis par le contrat initial d'assurance vie conjointe premier décès peuvent être ajoutés à la nouvelle couverture du contrat suivant disponibilité et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.
- Si le présent contrat comprend des exclusions, des exclusions semblables s'appliqueront au contrat nouvellement établi, ainsi que toute limitation de notre responsabilité habituelle concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture établie.

Toutes les demandes de modification de votre part doivent être envoyées par écrit au siège social de la Compagnie et sont assujetties aux conditions définies par l'Équitable à ce moment-là.

ÉCHANTILLON

MODIFICATIONS APPORTÉES À LA COUVERTURE D'ASSURANCE

L'assurance vie temporaire de l'Équitable vous donne la possibilité de modifier la couverture d'assurance offerte en vertu du présent contrat. Vous trouverez ci-dessous les modifications détaillées que vous pouvez apporter au présent contrat ainsi que les exigences susceptibles d'être demandées par l'Équitable pour effectuer ces modifications.

Vous pouvez effectuer les modifications suivantes en tout temps, pendant que votre contrat est en vigueur, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là :

- a) ajouter une couverture d'assurance, sous réserve des preuves d'assurabilité déterminées par la Compagnie;
- b) réduire le montant de la prestation de décès, sous réserve des minimums prévus par le contrat;
- c) annuler un avenant annexé au présent contrat;
- d) annuler une couverture d'assurance;

Aucune autre modification n'est permise.

Toutes les modifications doivent être envoyées par écrit au siège social de la Compagnie.

Si le présent contrat comprend une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité, l'ajout de couvertures d'assurance sera permis uniquement suivant l'annulation de la disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité.

ÉCHANTILLON

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Les options d'échange et de transformation à votre disposition sont une partie importante de votre contrat d'assurance vie temporaire de l'Équitable.

Option de transformation :

Si le présent contrat consiste en une couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans ou 20 ans, à tout moment, précédant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 71^e anniversaire de naissance de la plus âgée des personnes assurées et tant que le présent contrat est en vigueur, vous pouvez demander de transformer toute couverture d'assurance vie temporaire en un contrat d'assurance vie conjointe permanente établi par l'Équitable à ce moment, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité suivant la libération appropriée et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Le formulaire de demande pour la transformation dûment rempli doit satisfaire à toute autre exigence que nous jugerons nécessaire afin de nous conformer aux dispositions du contrat et à toute loi applicable.

Vous pouvez transformer la totalité ou, sous réserve de notre consentement, une partie de la prestation de décès indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat, pourvu que le choix de la prestation de décès au titre du nouveau contrat n'augmente pas le montant d'assurance au titre du nouveau contrat d'assurance permanente d'un montant plus élevé que le montant de prestation de décès qui fait l'objet de la transformation. Si une telle option de prestation de décès est choisie, le montant d'assurance au titre du nouveau contrat sera sous réserve du consentement de la Compagnie et une preuve d'assurabilité pourrait être exigée.

Le montant d'assurance au titre du contrat d'assurance permanente doit satisfaire aux minimums et maximums que nous exigeons à ce moment-là pour le montant de la couverture d'assurance, les primes et l'âge pour le contrat d'assurance permanente choisie.

Nous déterminerons la catégorie de risques en fonction du tableau suivant :

Catégorie de risques actuelle	Transformation avant le 10^e anniversaire de la couverture	Transformations après le 10^e anniversaire de la couverture ou en des régimes sans catégorie de risques privilégiée
Privilégiée	catégorie de risques privilégiée semblable, comme nous le déterminerons	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons
Non privilégiée	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons

Si vous demandez une amélioration de la catégorie de risques au moment de la transformation, la demande sera sous réserve de notre consentement et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La prime exigée pour la couverture d'assurance permanente sera établie en fonction de nos taux de prime ou du coût de l'assurance en vigueur à ce moment-là pour le type de régime et le montant d'assurance demandés en fonction du sexe et de l'âge des personnes assurées à la date de la transformation, et tiendra compte de la catégorie de risques appropriée établie en vertu de cette disposition de l'option de transformation d'assurance vie temporaire.

Si une ou des couvertures d'assurance comprennent une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité, vous pouvez demander que le contrat découlant de la transformation comprenne une disposition semblable, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là et que vous présentiez une preuve d'assurabilité que nous jugeons satisfaisante. L'offre d'autres avenants et garanties au titre du contrat découlant de la transformation est sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Si les primes sont exonérées en vertu d'une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité pour l'une des personnes assurées et :

- 1) que vous souhaiteriez exercer l'option de transformation et choisir le régime d'assurance vie permanente lorsque le régime sera transformé par les personnes assurées, les primes au titre du contrat d'assurance vie sur deux têtes qui a fait l'objet de la transformation ne seront pas exonérées et seront exigibles;

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE (suite)

ou

- 2) si l'invalidité de cette personne assurée est survenue avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché de son 60^e anniversaire de naissance et que vous exercez l'option de transformation à tout moment à compter de l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 65^e anniversaire de naissance de cette personne assurée et que vous souhaitez l'exonération des primes du contrat qui fait l'objet de la transformation alors que l'invalidité se prolonge, le contrat des personnes assurées sera alors transformé en un type de régime d'assurance vie conjointe permanente, comme nous le déterminerons et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là. Les primes du nouveau contrat seront exonérées uniquement lorsque l'invalidité de cette personne assurée se prolonge.

Toute preuve de bonne santé et d'assurabilité des personnes assurées, qui faisait partie du contrat jusqu'à la date de transformation, sera réputée faire partie intégrante du contrat en vertu duquel est fourni le contrat d'assurance vie permanente.

Si le présent contrat comprend des exclusions, des exclusions semblables s'appliqueront au contrat découlant de la transformation, ainsi que toute limitation de notre responsabilité habituelle concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture alors établie.

Transformation partielle pour le reste de la couverture :

Si vous choisissez de transformer uniquement une partie du montant de la prestation de décès du présent contrat en un contrat d'assurance vie permanente, vous serez en mesure de maintenir le présent contrat avec le montant restant de la prestation de décès sous réserve de ce qui suit :

- ce montant n'est pas inférieur au minimum requis pour que la couverture d'assurance temporaire et le contrat demeurent en vigueur;
- le montant de la prestation de décès payable en vertu du présent contrat, combiné au montant d'assurance payable en vertu du nouveau contrat, n'est pas supérieur au montant qui aurait été payable si la transformation partielle n'avait pas eu lieu.

La catégorie de risques des personnes assurées et les taux de prime applicables à toute partie du montant de prestation décès non transformée pourraient changer en raison du montant d'assurance minimal requis pour répondre aux exigences liées à certaines catégories de risques et aux primes.

Les conditions de l'option de transformation continueront de s'appliquer au montant de prestation de décès réduit au titre du présent contrat.

Option d'échange :

Option d'échange pour l'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans :

Si le présent contrat comprend une couverture d'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 10 ans, vous avez la possibilité de l'échanger, pendant que le présent contrat est en vigueur, pour une couverture d'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 20 ans sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Cette option est offerte à partir du premier anniversaire de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat, et prend fin au cinquième anniversaire de la couverture ou à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 65^e anniversaire de naissance de la plus âgée des personnes assurées, selon la première éventualité; après quoi, cette option expire.

Le formulaire de demande pour l'échange dûment rempli doit satisfaire à toute autre exigence que nous jugerons nécessaire afin de nous conformer aux dispositions du contrat et à toute loi applicable.

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE (suite)

Vous pouvez échanger la totalité du montant de la prestation de décès de l'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 10 ans indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat, ou une partie de ce montant, sous réserve de notre consentement et du montant de prestation de décès minimal requis à ce moment-là. Le montant de la prestation de décès de l'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 20 ans ne peut pas être supérieur au montant de prestation de décès indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat pour la couverture d'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 10 ans et ne peut pas être inférieur au montant minimal requis.

Toute demande d'augmentation du montant de prestation de décès est sous réserve d'une preuve d'assurabilité et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La prime requise pour la couverture d'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 20 ans échangée sera établie en fonction de nos taux d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans en vigueur à ce moment-là et du montant de prestation de décès demandé en fonction du sexe et de l'âge des personnes assurées à la date de l'échange. Une catégorie de risques semblable à celle de la couverture d'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 10 ans initiale échangée, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là. La date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans correspondra à la date de l'échange.

Les avenants et les garanties établis par le contrat initial d'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 10 ans peuvent être ajoutés au contrat nouvellement échangé suivant disponibilité et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La couverture d'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 10 ans ne peut être échangée si une exonération des primes en vertu d'une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité est en vigueur, et l'option d'échange ne peut pas être prolongée si elle expire pendant la période au cours de laquelle les primes sont exonérées en vertu de la disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité.

Toute preuve de bonne santé et d'assurabilité des personnes assurées, qui faisait partie du contrat jusqu'à la date de l'échange, sera réputée faire partie intégrante du contrat en vertu duquel est fournie l'assurance échangée.

Si le présent contrat comprend des exclusions, des exclusions semblables s'appliqueront à la couverture d'assurance vie temporaire conjointe premier décès renouvelable et transformable de 20 ans échangée, ainsi que toute limitation de notre habitude concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture échangée alors établie.

PRESTATION DE CONSULTATION POUR PERSONNES EN DEUIL

Au premier décès à survenir parmi les personnes assurées par le présent contrat et suivant le paiement de la prestation de décès en vertu d'une ou de plusieurs couvertures d'assurance, l'Équitable versera une prestation de consultation pour personnes en deuil à toute personne bénéficiaire du présent contrat. L'Équitable remboursera toute personne bénéficiaire jusqu'à un maximum de 1 000 \$ au total pour les frais de consultation, à condition que les règles suivantes soient respectées :

- toute personne bénéficiaire présente les reçus dans les 12 mois suivant la date du premier décès à survenir parmi les personnes assurées;
- la conseillère ou le conseiller détient un agrément ou une certification professionnelle que l'Équitable jugera approprié.

Le remboursement est sous réserve des règles et pratiques administratives de l'Équitable en vigueur à ce moment-là.

Peu importe le nombre de personnes bénéficiaires désignées en vertu du présent contrat, seule une somme totale de 1 000 \$ sera remboursée pour les frais de consultation de toutes les personnes bénéficiaires. L'Équitable ne fractionnera pas la distribution de cette prestation en fonction de la désignation de bénéficiaire. Le paiement prévu par cette garantie ne sera effectué que sur présentation de reçus.

ÉCHANTILLON

OPTIONS DE RÈGLEMENT

Si le présent contrat n'a pas été cédé, vous pouvez choisir, en envoyant une demande écrite reçue à notre siège social à Waterloo, en Ontario, qu'un montant précis de la prestation de décès payable en une somme forfaitaire au décès d'une personne assurée en vertu du présent contrat, soit affecté au titre de l'une des options de versement ci-dessous, si offerte, et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur au moment où la prestation de décès est payable :

- a) Versements limités – le montant précisé serait versé comme revenu mensuel pour une période limitée sous forme d'une rente certaine, et ce, sous réserve de montants minimaux et maximaux qui respectent nos exigences.
- b) Versements continus – le montant précisé serait versé comme revenu mensuel au cours de la vie durant de la payeuse ou du payeur, sous forme d'une rente viagère ou d'un autre type de rente que nous offrons à ce moment-là, et ce, sous réserve de montants minimaux et maximaux qui respectent nos exigences.
- c) Produit en dépôt – le montant précisé serait laissé en dépôt auprès de nous pour une période que nous avons approuvée. L'intérêt s'accumulera sur le produit à un taux que nous établirons périodiquement qui ne sera jamais négatif.
- d) Autre option de versement – le montant précisé serait affecté à toute autre option de versement que nous offrons à ce moment-là.

Vous pouvez révoquer ou changer votre choix à tout moment, et ce, par un avis écrit reçu à notre siège social, à Waterloo, en Ontario.

Toute personne bénéficiaire, ayant droit à la prestation de décès, peut aussi choisir l'une des options ci-dessus relativement à la prestation de décès applicable, sauf indication contraire de votre part.

Le montant du revenu mensuel versé en fonction de l'option « a » ou « b » correspondra au montant calculé en appliquant les taux de rente immédiate en vigueur à la date du début des versements mensuels. Toute personne bénéficiaire devra nous fournir les renseignements personnels nécessaires pour l'entrée en vigueur de la rente.

DÉFINITIONS

Les conditions et les dispositions du contrat s'appliquent au présent avenant d'assurance vie temporaire (l'« avenant »), sauf si elles ont été modifiées par les dispositions du présent avenant.

Bénéficiaire ou bénéficiaires :

L'Équitable versera le montant de la prestation de décès à toute personne bénéficiaire selon la désignation de bénéficiaire en vigueur à la date du décès de la personne assurée. Au cours de la durée du présent avenant, la ou le titulaire peut nous aviser par écrit d'une nouvelle désignation de toute personne bénéficiaire qui recevra la prestation de décès si ce changement est permis par les lois applicables. S'il n'y a aucune désignation de bénéficiaire ou si aucune personne bénéficiaire n'est en vie au moment du décès de la personne assurée, tout montant payable sera versé à la personne titulaire du contrat, si en vie, ou sinon, aux ayants droit à sa succession.

Anniversaire de naissance :

L'anniversaire du jour auquel une personne est née qui exclut le jour où elle est née.

Date à laquelle l'avenant entre en vigueur :

À la dernière des dates suivantes :

- a) soit : i) au Québec, la date à laquelle l'Équitable accepte l'avenant sans modification; ou ii) dans les provinces autres que le Québec, la date à laquelle l'avenant vous a été livré; et
 - b) la date à laquelle le montant total de la prime initiale de l'avenant a été payé à la Compagnie;
- pourvu que l'assurabilité de toute personne assurée en vertu du présent avenant n'ait pas changé entre la date à laquelle la demande de l'avenant a été signée par la personne assurée et la date à laquelle l'avenant vous a été livré.

Prestation de décès : Le montant de prestation de décès applicable à la personne assurée, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat auquel le présent avenant est annexé.

Date d'entrée en vigueur :

La date d'entrée en vigueur du présent avenant est la date indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat auquel le présent avenant est annexé et sert à déterminer le paiement des primes.

Cette date pourrait être différente de la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur ».

Date d'expiration : Le présent avenant expire à la date indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat. Voir également la disposition relative à la résiliation de l'avenant dans le présent document.

Personne assurée : La personne que nous avons convenu d'assurer en vertu du présent avenant et que l'on nomme « personne assurée » au titre du présent avenant dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent contrat. Il se peut que la personne assurée ne soit pas forcément titulaire du contrat.

Contrat : Le contrat d'assurance auquel le présent avenant est annexé et dont le présent avenant fait partie.

Prime : Les montants versés à l'Équitable au titre du présent avenant.

Taxe sur la prime : Les primes présentées dans la section intitulée « Tableau des primes » tiennent compte d'une provision pour la taxe sur la prime.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les dispositions générales qui s'appliquent à votre avenant d'assurance vie temporaire de l'Équitable.

Versement de la

prestation de décès : À condition que le présent avenant et le contrat auquel est annexé le présent avenant soient en vigueur à la date du décès de la personne assurée, l'Équitable versera la prestation de décès aux bénéficiaires.

Contrat :

Le présent avenant est annexé au contrat et ses conditions et provisions font partie intégrante du contrat.

Le présent avenant entre en vigueur à compter de la date à laquelle l'avenant entre en vigueur.

Protection contre les créanciers :

La protection contre les créanciers de toute personne titulaire pourrait être offerte avec votre avenant d'assurance vie temporaire, sous réserve de certaines conditions.

Règlement au décès :

En vertu du présent avenant, avant de verser tout montant au décès d'une personne assurée, l'Équitable exigera que vous lui présentiez les preuves satisfaisantes suivantes :

- a) une preuve du décès de la personne assurée;
- b) une preuve de la date de naissance de la personne assurée décédée;
- c) une preuve du sexe de la personne assurée décédée; et
- d) une preuve du droit de la requérante ou du requérant de recevoir la prestation.

Catégorie personnes fumeuses :

Sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là, vous pouvez demander à tout moment de changer la catégorie personnes fumeuses d'une personne assurée pour passer à la catégorie personnes non fumeuses en fournissant à l'Équitable une déclaration écrite avec des preuves satisfaisantes pour que la personne assurée soit admissible en tant que personne non fumeuse. L'Équitable se réserve le droit d'exiger une preuve de bonne santé avant d'accepter la demande de changement de la catégorie personnes fumeuses.

Suicide :

L'Équitable ne versera aucune prestation de décès si la personne assurée au titre du présent avenant décède des suites d'un suicide, peu importe l'état de santé mentale de la personne assurée, dans les deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- i) la date à laquelle l'avenant entre en vigueur;
- ii) la date de la dernière remise en vigueur du présent avenant.

L'Équitable remettra à toute personne bénéficiaire un montant équivalant aux primes payées à la Compagnie applicables au présent avenant, moins tout montant déjà versé par la Compagnie. L'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle à l'égard du présent contrat.

Délai de prescription :

Toute action ou procédure intentée contre un assureur, ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat, est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre législation pertinente.

CATÉGORIE DE RISQUES

Catégorie de risques : L'évaluation de la Compagnie des risques de mortalité de la personne assurée. La catégorie de risques de la personne assurée dépend des déclarations dans la proposition d'assurance ainsi que des renseignements médicaux ou autres reçus et évalués par la Compagnie. Une évaluation standard ou normale du risque de mortalité correspond à 100 %. Une catégorie de risques supérieure à 100 % indique un risque de mortalité élevé. La catégorie de risques aura une incidence sur les taux du coût de l'assurance. Le risque de mortalité fait référence à la probabilité de décès.

**Prime et changement
de la catégorie
de risques :**

En plus de la catégorie de risques, l'Équitable tient compte du sexe, de l'âge et du montant de prestation de décès demandé pour déterminer les taux de prime. Le montant de la prestation de décès et la catégorie de risques de la personne assurée sont indiqués dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent contrat. La prime est indiquée dans la section intitulée « Tableau des primes » du présent contrat.

Toute demande de modification à votre contrat, y compris une amélioration de la catégorie de risques de toute couverture, est sous réserve de notre consentement et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

ÉCHANTILLON

PRIMES

- Remise en vigueur :** Vous pouvez demander une remise en vigueur du présent avenant et du contrat dans un délai de deux ans après la date de déchéance du contrat en fournissant :
- a) une preuve attestant de la bonne santé et de l'assurabilité de la personne assurée, jugée satisfaisante par la Compagnie; et
 - b) un paiement des primes payables avec intérêt (au taux que déterminera la Compagnie de temps à autre) à compter de la date de déchéance du contrat ou du présent avenant.

La date de la remise en vigueur correspondra à la date où toutes les exigences de remise en vigueur ci-dessus auront été satisfaites. Le présent avenant ne peut être remis en vigueur que si le contrat est remis en vigueur.

- Résiliation de l'avenant :** En plus de toute autre disposition de résiliation ou d'expiration figurant dans le contrat, le présent avenant ainsi que toutes les garanties qui y sont associées prendront fin à la première des dates suivantes :
- a) la date d'expiration du présent avenant indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent avenant;
 - b) la date de déchéance du contrat;
 - c) la date de résiliation du contrat;
 - d) la date du décès de la personne assurée en vertu du présent avenant;
 - e) la date à laquelle l'Équitable reçoit la demande d'annulation écrite de la ou du titulaire pour annuler le présent avenant à son siège social à Waterloo, en Ontario; ou
 - f) la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance lorsque l'option d'échange ou l'option de transformation est exercée.

- Annulation :** Vous pouvez annuler le présent avenant en tout temps en envoyant un avis écrit à la Compagnie. À la date de réception de votre avis d'annulation, les primes applicables au présent avenant prendront fin, et le présent avenant, la prestation de décès ainsi que toutes les autres garanties qui y sont associées prendront fin.

ÉCHANTILLON

DISPOSITION DE CONTINUATION AUTOMATIQUE DE LA COUVERTURE

Si le contrat auquel le présent avenant est annexé prend fin et que le présent avenant est toujours en vigueur à ce moment-là, la couverture offerte en vertu du présent avenant demeurera en vigueur jusqu'à la date d'expiration de la couverture en vertu du présent avenant ou jusqu'à la date à laquelle vous choisissez de mettre fin à la couverture, selon la première éventualité. Les primes à payer pour la continuation de la couverture pourraient augmenter et vous pourriez éventuellement demander l'ajout d'avenants supplémentaires en fonction de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

OPTION D'UN CONTRAT DISTINCT D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Vous pouvez, à tout moment pendant que le présent avenant et le contrat auquel il est annexé sont en vigueur, demander l'annulation de la couverture d'assurance applicable à la personne assurée en vertu du présent avenant et souscrire un contrat distinct sur la tête de cette personne assurée. Cette option est sous réserve des conditions déterminées par l'Équitable au moment de la demande.

ÉCHANTILLON

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Les options d'échange et de transformation à votre disposition sont une partie importante de votre avenant d'assurance vie temporaire de l'Équitable.

Option de transformation :

Si le présent avenant consiste en une couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans ou 20 ans, à tout moment précédant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 71^e anniversaire de naissance de la personne assurée et tant que le présent avenant est en vigueur, vous pouvez demander de transformer le présent avenant en un contrat d'assurance vie permanente établi par l'Équitable à ce moment, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité suivant la libération appropriée et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Si le présent avenant consiste en une couverture d'assurance vie temporaire 30/65, à tout moment précédant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la personne assurée et tant que le présent avenant est en vigueur, vous pouvez demander de transformer le présent avenant en un contrat d'assurance vie permanente établi par l'Équitable à ce moment, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité suivant la libération appropriée et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Le formulaire de demande pour la transformation dûment rempli doit satisfaire à toute autre exigence que nous jugerons nécessaire afin de nous conformer aux dispositions du contrat et à toute loi applicable.

Vous pouvez transformer la totalité ou, sous réserve de notre consentement, une partie de la prestation de décès indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent avenant, pourvu que le choix de la prestation de décès au titre du nouveau contrat n'augmente pas le montant d'assurance au titre du nouveau contrat d'assurance permanente d'un montant plus élevé que le montant de prestation de décès qui fait l'objet de la transformation. Si une telle option de prestation de décès est choisie, le montant d'assurance au titre du nouveau contrat sera sous réserve du consentement de la Compagnie et une preuve d'assurabilité pourrait être exigée.

Si la totalité de la prestation de décès en vertu du présent avenant est transformée, le présent avenant prendra fin à la date précédant la date d'entrée en vigueur du nouveau contrat d'assurance permanente.

Le montant d'assurance au titre du contrat d'assurance permanente doit satisfaire aux minimums et maximums que nous exigeons à ce moment-là pour le montant de la couverture d'assurance, les primes et l'âge pour le contrat d'assurance permanente choisie.

Nous déterminerons la catégorie de risques en fonction du tableau suivant :

Catégorie de risques actuelle	Transformation avant le 10^e anniversaire de la couverture	Transformations après le 10^e anniversaire de la couverture ou en des régimes sans catégorie de risques privilégiée
Privilégiée	catégorie de risques privilégiée semblable, comme nous le déterminerons	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons
Non privilégiée	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons	catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminerons

Si vous demandez une amélioration de la catégorie de risques au moment de la transformation, la demande sera sous réserve de notre consentement et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La prime exigée pour la couverture d'assurance permanente sera établie en fonction de nos taux de prime ou du coût de l'assurance en vigueur à ce moment-là pour le type de régime et le montant d'assurance demandés en fonction du sexe et de l'âge de la personne assurée à la date de la transformation, et tiendra compte de la catégorie de risques appropriée établie en vertu de cette disposition de l'option de transformation d'assurance vie temporaire.

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE (suite)

Si le présent avenant comprend une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité, vous pouvez demander que le contrat qui fait l'objet de la transformation comprenne une disposition semblable, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là et que vous présentiez une preuve d'assurabilité que nous jugeons satisfaisante. L'offre d'autres avenants et garanties au titre du contrat découlant de la transformation est sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Si les primes sont exonérées en vertu d'une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité pour la personne assurée dont le contrat fait l'objet de la transformation, vous pouvez le transformer uniquement en un contrat d'assurance vie permanente sur une tête.

Si les primes sont exonérées en vertu d'une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité pour la personne assurée dont le contrat fait l'objet de la transformation et :

- 1) que vous souhaiteriez exercer l'option de transformation et choisir le régime d'assurance vie permanente lorsque le régime sera transformé par la personne assurée, les primes au titre du contrat d'assurance vie sur une tête qui a fait l'objet de la transformation ne seront pas exonérées et seront exigibles;

ou

- 2) si l'invalidité est survenue avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la personne assurée et que vous exercez l'option de transformation à tout moment à compter de l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée et que vous souhaitez l'exonération des primes du contrat d'assurance vie sur une tête qui fait l'objet de la transformation alors que l'invalidité de la personne assurée se prolonge, le contrat de la personne assurée sera alors transformé en un type de régime d'assurance vie permanente, comme nous le déterminerons et sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là. Les primes du nouveau contrat seront exonérées uniquement lorsque l'invalidité se prolonge.

Toute preuve de bonne santé et d'assurabilité des personnes assurées, qui faisait partie du contrat jusqu'à la date de transformation, sera réputée faire partie intégrante du contrat en vertu duquel est fourni le contrat d'assurance vie permanente.

Si le présent avenant comprend des exclusions, des exclusions semblables s'appliqueront au contrat découlant de la transformation, ainsi que toute limitation de notre responsabilité habituelle concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture d'assurance vie permanente alors établie.

Transformation partielle pour le reste de la couverture :

Si vous choisissez de transformer uniquement une partie du montant de la prestation de décès du présent avenant en un contrat d'assurance vie permanente, vous serez en mesure de maintenir le présent avenant avec le montant restant de la prestation de décès sous réserve de ce qui suit :

- ce montant n'est pas inférieur au minimum requis pour que la couverture d'assurance temporaire et l'avenant demeurent en vigueur;
- le montant de la prestation de décès payable en vertu du présent avenant, combiné au montant d'assurance payable en vertu du nouveau contrat, n'est pas supérieur au montant qui aurait été payable si la transformation partielle n'avait pas eu lieu.

Il n'est pas possible de reporter le reste du montant de prestation de décès au titre du présent avenant au titre d'un nouvel avenant d'assurance temporaire sous le nouveau régime d'assurance permanente.

La catégorie de risques de la personne assurée et les taux de prime applicables à toute partie du montant de prestation décès non transformée pourraient changer en raison du montant d'assurance minimal requis pour répondre aux exigences liées à certaines catégories de risques et aux primes.

Les conditions de l'option de transformation continueront de s'appliquer au montant de prestation de décès réduit au titre du présent avenant.

OPTION D'ÉCHANGE ET DE TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE (suite)

Option d'échange : **Option d'échange pour l'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans :**
Si le présent avenant consiste en un avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans, vous avez la possibilité, pendant qu'il est en vigueur, de l'échanger pour un avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans sans présenter de preuve d'assurabilité, en fonction des règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

Cette option est offerte à partir du premier anniversaire de la date d'entrée en vigueur de la couverture de l'avenant d'assurance vie temporaire indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat, et prend fin au cinquième anniversaire de la couverture de l'avenant ou à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée, selon la première éventualité; après quoi, cette option expire.

Le formulaire de demande pour l'échange dûment rempli doit satisfaire à toute autre exigence que nous jugerons nécessaire afin de nous conformer aux dispositions du contrat et à toute loi applicable.

Vous pouvez échanger la totalité du montant de la prestation de décès de l'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans, ou une partie de ce montant, sous réserve de notre consentement et du montant de prestation de décès minimal requis à ce moment-là. Le montant de la prestation de décès de l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans ne peut pas être supérieur au montant de prestation de décès indiqué dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent contrat pour l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans et ne peut pas être inférieur au montant minimal requis.

Toute demande d'augmentation du montant de prestation de décès est sous réserve d'une preuve d'assurabilité et de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La prime requise pour l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans échangé sera établie en fonction des taux d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans en vigueur à ce moment-là et du montant de prestation de décès demandé en fonction du sexe et de l'âge de la personne assurée à la date de l'échange. Une catégorie de risques semblable à celle de l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans initial échangé, sous réserve de nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là. La date d'entrée en vigueur de l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans correspondra à la date de l'échange.

L'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans ne peut être échangé si une exonération des primes en vertu d'une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité est en vigueur, et que l'option d'échange ne peut pas être prolongée si elle expire pendant la période au cours de laquelle les primes sont exonérées en vertu de la disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité.

Toute preuve de bonne santé et d'assurabilité de la personne assurée, qui faisait partie du contrat jusqu'à la date de l'échange, sera réputée faire partie intégrante du contrat en vertu duquel est fournie la couverture de l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans.

Si le présent contrat ou avenant comprend des exclusions applicables à l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans, des exclusions semblables s'appliqueront à l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans échangé, ainsi que toute limitation de notre habitude concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture échangée alors établie.

GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE MORT ACCIDENTELLE

Si une preuve en bonne et due forme établissant que le décès de la personne assurée a résulté d'une blessure corporelle causée uniquement par des moyens externes, violents et accidentels est fournie à « la Compagnie » et reçue avant la date d'expiration de cette garantie, et que le décès de la personne assurée est survenu dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date à laquelle la personne assurée a subi la blessure, « la Compagnie » versera le montant de la garantie supplémentaire en cas de mort accidentelle qui est décrite à la page intitulée « Description des garanties » en plus du capital assuré.

Risques non couverts Le montant précisé ci-dessus ne sera pas versé si le décès de la personne assurée résulte directement ou indirectement d'une des causes suivantes.

1. Le suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non.
2. La guerre ou un acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, ou des actes d'hostilité des forces armées d'un pays ou d'organismes internationaux.
3. L'acte d'effectuer ou d'essayer d'effectuer la descente d'un aéronef ou pendant la descente d'un aéronef en vol
 - (a) en tant que membre d'équipage ou quelqu'un exerçant des fonctions reliées à un tel vol, ou
 - (b) en tant qu'une participante ou un participant en formation ou en étant en manoeuvres dans les forces armées d'un pays, ou
 - (c) aux fins d'enseignement ou de formation.
4. Le service dans les forces armées d'un pays qui est dans un état de guerre, qu'elle soit déclarée ou non.
5. La consommation de drogue ou de poison sous quelque forme que ce soit, ou l'inhalation de gaz ou de fumée, qu'elle soit volontaire ou non.

« La Compagnie » aura le droit et la possibilité d'examiner la personne assurée décédée et de pratiquer une autopsie.

Expiration automatique Cette disposition prendra fin à la première des occurrences suivantes : la date d'expiration de cette garantie et la date d'expiration du contrat, ou la date à laquelle le contrat est racheté afin de toucher la valeur de rachat au comptant ou afin d'appliquer cette valeur à la souscription d'une assurance libérée réduite, le cas échéant.

Cette page a été laissée vide intentionnellement.

ÉCHANTILLON

AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS

Enfant assurée ou assuré : Dans le présent avenant :

- (a) Une enfant assurée ou un enfant assuré signifie toute enfant ou tout enfant de la personne assurée, toute enfant ou tout enfant de la conjointe ou du conjoint, ou encore toute enfant ou tout enfant adopté légalement par la personne assurée à la date d'entrée en vigueur du présent avenant et qui :
- (i) est nommé dans la demande de cette disposition, et
 - (ii) est âgé d'au moins 15 jours ou de 18 ans ou moins (selon l'anniversaire de naissance le plus rapproché), et
 - (iii) n'est pas exclu par tout avenant lié au contrat auquel le présent avenant est joint.
- (b) Chaque enfant de la personne assurée ou chaque enfant adoptée ou adopté légalement par la personne assurée devient automatiquement une enfant ou un enfant assuré dès qu'il atteint l'âge de 15 jours ou à la date d'adoption, selon le dernier de ces événements à survenir, pourvu qu'il soit adopté légalement avant son 18^e anniversaire de naissance; cependant, toute enfant ou tout enfant de moins de 15 jours au moment du décès de la personne assurée, ou encore né ou adopté après le décès de la personne assurée, ne deviendra pas un enfant assuré.

Capital assuré : Le capital assuré s'entend du montant de la prestation de décès de l'avenant de protection pour enfants comme l'indique la section intitulée « Description des garanties » de la présente police.

Bénéficiaire : La bénéficiaire ou le bénéficiaire, en vertu du présent avenant, sera la personne assurée en vertu du contrat auquel le présent avenant est joint, si en vie, sinon la succession de la personne assurée.

Garantie : Le capital assuré du présent avenant sera versé à la suite de la preuve de décès de l'enfant assurée ou assuré, pourvu que le décès de l'enfant assuré survienne :

1. au moins 15 jours après sa naissance et avant son 25^e anniversaire de naissance, et
2. avant que le capital assuré sur la tête de l'enfant soit transformé, et
3. pendant que le présent avenant est en vigueur.

Primes : Le montant et la durée du paiement des primes payables pour le présent avenant sont indiqués dans le Tableau des primes de la police.

Si le contrat comprend une disposition d'exonération de primes en cas d'invalidité et le présent avenant en vigueur, et qu'une preuve d'invalidité de la personne assurée en vertu de la disposition d'exonération de primes en cas d'invalidité est soumise au siège social de la Compagnie, et que cette dernière l'a approuvée, alors la Compagnie exonérera le paiement des primes exigibles en vertu de l'avenant de protection pour enfants suivant son approbation, et les primes continueront d'être exonérées jusqu'à la première des occurrences suivantes : soit la date d'expiration du présent avenant ou la date à laquelle la personne assurée, en vertu de la disposition d'exonération de primes en cas d'invalidité, n'est plus invalide.

Si le présent avenant et le contrat sont en vigueur, et qu'une preuve de décès de la personne assurée a été soumise au siège social de la Compagnie, l'avenant de protection pour enfants deviendra libéré et sera toujours en vigueur pour chaque enfant assurée ou assuré sans qu'aucune autre prime ne soit due.

Impôt sur les primes : Les primes présentées dans le tableau des primes tiennent compte du montant retenu pour payer l'impôt sur les primes.

Option de transformation : Le capital assuré pour une enfant assurée ou un enfant assuré peut être transformé à son 21^e anniversaire de naissance, ou après, et avant son 25^e anniversaire de naissance sans présenter de preuves d'assurabilité dans le cas d'un contrat d'assurance vie entière ou temporaire émis par l'Équitable au moment de la transformation, et ce, pour un montant d'assurance qui n'excèdera pas cinq (5) fois le capital assuré en vertu du présent avenant, pourvu :

1. qu'une demande écrite soit présentée à la Compagnie au 21^e anniversaire de naissance de l'enfant assurée ou assuré, ou après, et au moins trente (30) jours précédant son 25^e anniversaire de naissance, et
2. que le présent avenant soit en vigueur en date de la transformation, et
3. que le montant d'assurance choisi en vertu du contrat ne soit pas inférieur au minimum exigé par la Compagnie au moment de la transformation.

La transformation en un contrat avec primes pour personnes non fumeuses sera assujettie à la présentation de preuves satisfaisantes d'admissibilité à la date de la transformation.

Les primes pour le nouveau contrat seront en fonction des taux publiés au moment de la transformation selon l'âge atteint de l'enfant assurée ou assuré pour un contrat dans la même catégorie de risques de l'enfant assuré en vertu du présent avenant.

Si l'avenant d'exonération de primes en cas d'invalidité est inclus dans le nouveau contrat, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par la Compagnie devront être présentées au moment de la transformation.

AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS – (suite)

Expiration : Le présent avenant se terminera automatiquement si :

1. Le contrat est résilié en échange d'une somme payable au comptant ou d'une assurance libérée, s'il arrive à échéance, cesse d'être en vigueur, tombe en déchéance ou se termine pour toute raison autre que le décès de la personne assurée.
2. Le contrat est transformé en un autre régime d'assurance selon lequel les primes sont payables pour une période plus courte que la période précisée à la section intitulée « Tableau des primes » de la police.

Dispositions générales : Les dispositions générales de la police s'appliquent aussi au présent avenant.

ÉCHANTILLON

DISPOSITION D'EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ

Garantie : Cette disposition fournit des prestations sur la tête de la personne assurée indiquée sous cette disposition à la ou aux page(s) intitulée(s) « Description des garanties » seulement.

Si, pendant que ce contrat et cette provision sont en vigueur, l'Équitable reçoit des preuves que la personne assurée était en invalidité totale pendant une période d'au moins six mois consécutifs avant l'expiration de cette disposition, les primes payables en vertu de cette police depuis le début de l'invalidité et pendant toute sa durée seront exonérées pourvu qu'aucune des primes payables au cours des douze (12) mois précédant la réception de la demande de prestation par écrit au siège social de la Compagnie seront exonérées. La prime exonérée correspondra au mode de paiement en vigueur au début de l'invalidité.

Date d'entrée en vigueur : La date d'entrée en vigueur de cette disposition est indiquée à la page intitulée « Description des garanties ».

Invalidité totale : Dans cette disposition, les termes « invalidité totale » et « totalement invalide » signifient qu'en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle, la personne assurée n'est pas en mesure d'accomplir toutes les tâches se rapportant à sa profession régulière, ou si elle n'a pas de profession régulière, à toute profession pour laquelle elle est qualifiée ou pourrait raisonnablement devenir qualifiée en raison de sa scolarisation, de sa formation ou de son expérience.

Après une période d'invalidité continue de vingt-quatre (24) mois, les termes « invalidité totale » et « totalement invalide » signifient qu'en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle, la personne assurée n'est pas en mesure d'obtenir toute profession rémunératrice pour laquelle la personne assurée est qualifiée ou pourrait raisonnablement devenir qualifiée en raison de scolarisation, formation ou expérience.

Invalidité totale n'existera pas si la personne assurée est engagée dans un emploi rémunérateur.

Déclaration erronée de l'âge : La Compagnie se réserve le droit d'exiger des preuves satisfaisantes de la date de naissance de la personne assurée en vertu de cette disposition avant de verser la prestation. Si la personne assurée avait plus de 55 ans à son anniversaire de naissance le plus rapproché de la date d'entrée en vigueur de cette disposition, l'obligation contractuelle de la Compagnie en vertu de cette disposition se limiterait aux primes payées pour cette disposition depuis la date d'entrée en vigueur.

Avis et preuve de réclamation : Un avis écrit de réclamation doit être reçu au siège social de l'Équitable

- (a) durant la vie de la personne assurée couverte par cette disposition,
- (b) avant la fin de la période de douze (12) mois qui suivent la date d'expiration de cette disposition,
- (c) pendant la continuation de l'invalidité totale;

sinon la réclamation sera invalide.

Des preuves établies de l'invalidité totale de la personne doivent être présentées au et reçues au siège social de la Compagnie dans les trois (3) mois suivants la réception de l'avis écrit de réclamation ci-dessous. Autrement, afin de déterminer le début de l'invalidité indiquée ci-dessous, nous considèrerons que l'avis de réclamation écrit aura été reçu à la date à laquelle les preuves d'invalidité établies auront été reçues au siège social de la Compagnie.

Preuve de la continuité de l'invalidité totale : Avant et après l'approbation de toutes réclamations ci-dessous, la Compagnie peut de temps à autre exiger des preuves de la continuité de l'invalidité totale de la personne assurée. Si de telles preuves ne sont pas fournies, nous concluons que la personne assurée aura cessé d'être totalement invalide au sens du présent contrat, avant la date de la demande de prestation. La Compagnie se réserve le droit de demander un examen de la personne assurée à tout moment par un médecin choisi par la Compagnie.

Rechute en l'invalidité totale : Si après une période d'invalidité totale la personne assurée n'est plus admissible à recevoir une prestation en vertu de cette disposition, toute invalidité subséquente qui commence pendant que cette disposition est en vigueur et qui résulte de la ou des même(s) cause(s) sera considérée une continuation de l'invalidité totale antérieure si la période de non-qualification est de six (6) mois ou moins, et considéré une nouvelle période d'invalidité totale si la période de non-qualification est de six (6) mois ou plus.

Risques non couverts : Aucune des prestations en vertu de cette disposition ne sera versée si l'invalidité totale de la personne assurée résulte directement ou indirectement d'une des causes suivantes :

- (a) de blessures que la personne s'est infligées intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- (b) d'une guerre ou d'un acte de guerre, qu'il soit déclaré ou non, ou actes d'hostilité des forces armées d'un pays ou d'organismes internationaux ;
- (c) de service dans les forces armées d'un pays qui est dans un état de guerre, qu'elle soit déclarée ou non.

DISPOSITION D'EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ – suite

Expiration : La disposition terminera à la première des dates suivantes :

- (a) à la date d'expiration, à moins que la personne assurée soit totalement invalide. Dans un tel cas, un avis et une preuve de réclamation, s'ils n'ont pas déjà été fournis, doivent être reçus au siège social de la Compagnie dans les douze (12) mois qui suivent, sinon la réclamation sera considérée invalide; et
- (b) à la date de déchéance du contrat ou autre où le contrat prend fin;
- (c) à la date à laquelle toutes les couvertures d'assurances applicables à la personne assurée couverte en vertu de cette disposition terminent.

ÉCHANTILLON

DÉFINITIONS

Les conditions et les dispositions du contrat se rapportant uniquement à la couverture d'assurance vie ne s'appliquent pas au présent avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre. Tous les autres termes et toutes les autres conditions et dispositions du contrat s'appliquent au présent avenant, sauf s'ils sont expressément modifiés dans le présent avenant.

Le présent avenant prévoit des prestations pour la maladie ou l'affection couverte uniquement pour la personne indiquée comme étant la personne assurée au titre de la couverture du présent avenant dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat. Aux fins du présent avenant, la personne assurée fait référence à la personne qui est assurée en vertu du présent avenant. Dans les situations où le contrat d'assurance vie de base consiste en une couverture d'assurance vie conjointe (sur deux têtes) ou une couverture d'assurance sur plusieurs têtes, les dispositions dans le présent avenant ne s'appliquent qu'à la personne assurée en vertu du présent avenant.

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre. Certains termes utilisés, mais non définis dans le présent avenant, ont le sens défini dans le contrat. Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir des clarifications, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle de l'Assurance vie Équitable du Canada au 1 800 668-4095.

- Bénéficiaire :** La bénéficiaire ou le bénéficiaire d'une prestation au titre de la maladie ou de l'affection couverte est la personne assurée, sauf indication contraire de la part de la titulaire ou du titulaire du contrat.
- Anniversaire de naissance :** L'anniversaire du jour auquel une personne est née qui exclut le jour où elle est née.
- Affection couverte :** Une affection couverte est une affection ou une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce dans le présent avenant, et qui satisfait à toutes leurs exigences. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, dont la définition ne figure expressément pas parmi les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, ne sont pas couvertes en vertu du présent avenant. Aucune prestation au titre de la maladie ou de l'affection couverte ne sera versée pour une telle affection ou maladie, un tel trouble ou une telle intervention chirurgicale.
- Prestation au titre d'une affection couverte :** La prestation au titre d'une affection couverte s'entend de la prestation ÉquiVivre ou de la prestation de dépistage précoce.
- Monnaie :** Tous les montants dus à la Compagnie et versés par la Compagnie en vertu du présent avenant sont en dollars canadiens.
- Date à laquelle l'avenant entre en vigueur :** Pourvu que l'assurabilité de la personne assurée en vertu du présent avenant n'ait pas changé entre la date à laquelle la demande a été signée par la personne assurée et la date à laquelle le contrat vous a été livré, la date à laquelle l'avenant entre en vigueur signifie la dernière des dates suivantes :
- a) soit : i) au Québec, la date à laquelle l'Assurance vie Équitable accepte l'avenant sans modification; ou ii) dans les provinces autres que le Québec, la date à laquelle l'avenant vous a été livré; et
 - b) la date à laquelle le montant total de la prime initiale de l'avenant a été payé à la Compagnie.
- Le présent avenant entre en vigueur à compter de la date qui correspond à la définition du terme « date à laquelle l'avenant entre en vigueur ».
- Diagnostic (diagnostiquée) :** Le diagnostic de toute affection couverte, ou d'une recommandation d'une intervention chirurgicale visant à traiter toute affection couverte nécessitant une intervention chirurgicale, doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. En l'absence du spécialiste, une affection pourra être diagnostiquée par un autre médecin praticien compétent approuvé par notre Compagnie. La date du diagnostic est la date à laquelle la spécialiste ou le spécialiste pose le diagnostic de l'affection couverte. Le diagnostic posé doit être appuyé par une preuve médicale objective; et la date du diagnostic doit survenir pendant que le présent avenant est en vigueur.
- Date d'entrée en vigueur :** Signifie la date indiquée à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat auquel est annexé le présent avenant et elle sert à déterminer les paiements de prime.
- Cette date peut être différente de la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur ».

DÉFINITIONS (suite)

Date d'expiration (expiration) :	Si la somme assurée n'a pas été versée, et que le présent avenant n'a pas été résilié autrement, le présent avenant prendra fin à la date indiquée dans la section intitulée « Particularités l'assurance » ou « Description des garanties » du présent avenant qui correspond à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 75 ^e anniversaire de naissance de la personne assurée (voir également Résiliation du présent avenant).
Report de la date d'expiration :	<p>Si l'expiration du présent avenant survient pendant la période de survie de la personne assurée à la suite du diagnostic d'une affection ou d'une maladie couverte, ou encore d'une intervention chirurgicale pour une affection ou une maladie couverte, le présent avenant demeurera en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes :</p> <p>a) la date de décès de la personne assurée; ou b) la date où la prestation au titre de l'affection couverte de la personne assurée devient payable;</p> <p>si le présent avenant n'a pas pris fin en raison d'autres dispositions en vertu de l'avenant.</p> <p>Le report de la date d'expiration permet une couverture seulement pour l'affection couverte qui a occasionné le report de la date d'expiration. Le report de la date d'expiration ne s'applique à aucune autre affection couverte pouvant être diagnostiquée ou à propos de laquelle l'Assurance vie Équitable pourrait être informée, pendant la période de prolongation.</p>
Déficit neurologique :	Les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste ou un spécialiste et peuvent comprendre, notamment une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.
Personne assurée :	La personne assurée désigne la personne que nous avons convenu d'assurer en vertu du présent avenant et que l'on nomme « personne assurée » au titre du présent avenant dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou Description des garanties » du contrat. Il se peut que la personne assurée ne soit pas forcément la titulaire ou le titulaire du contrat. Il se peut que la personne assurée ne soit pas forcément la titulaire ou le titulaire du contrat.
Contrat :	Le terme « contrat » signifie le contrat d'assurance auquel le présent avenant est annexé et dont le présent avenant fait partie.
Spécialiste :	<p>Une médecin ou un médecin qui détient un permis d'exercice au Canada, aux États-Unis ou dans toute autre région reconnue par l'Assurance vie Équitable, qui a reçu une formation médicale spécialisée en rapport avec la maladie ou l'affection grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. La spécialiste ou le spécialiste ne doit être ni le titulaire de contrat, ni la personne assurée, ni un membre de la famille lié par le sang ou une associée ou un associé de la titulaire ou du titulaire de contrat ou de la personne assurée.</p> <p>Le terme « spécialiste » inclut, entre autres, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste.</p> <p>Tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux exigences relatives à l'affection couverte doivent être faits par une professionnelle ou un professionnel de la santé qui n'est ni le titulaire de contrat, ni la personne assurée, ni un membre de la famille lié par le sang ou une associée ou un associé du titulaire de contrat ou de la personne assurée.</p>
Somme assurée :	La somme assurée correspond au montant d'assurance maladies graves indiqué à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat.
Intervention chirurgicale :	Le terme « intervention chirurgicale » renvoie au fait de subir une intervention chirurgicale, sur l'avis écrit d'une spécialiste ou d'un spécialiste pratiquant la médecine au Canada, aux États-Unis ou dans toute autre région reconnue par l'Assurance vie Équitable et dont la pratique se limite à la branche de la médecine reliée directement avec la maladie couverte en cause. L'intervention chirurgicale doit être effectuée par une spécialiste ou un spécialiste.

DÉFINITIONS (suite)

Période de survie : Certaines affections couvertes exigent une période survie de 30 jours, comme indiqué dans leur définition. La période de survie s'entend de la période qui débute à la date d'établissement du diagnostic d'une affection ou d'une maladie couverte, ou encore à la date de l'intervention chirurgicale pour une affection ou une maladie couverte, et qui se termine 30 jours après la date d'établissement du diagnostic d'une affection ou d'une maladie couverte, ou encore après la date de l'intervention chirurgicale pour une affection ou une maladie couverte, sauf indication contraire précisée dans la définition de l'affection ou de la maladie couverte. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions de son cerveau. Dans le cas d'une cessation irréversible, aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable. Si la personne assurée est maintenue artificiellement en vie pendant la période de survie, la date de la cessation irréversible des fonctions cérébrales sera considérée comme étant la date de décès de la personne assurée. La cessation irréversible des fonctions cérébrales sera déterminée en fonction des critères médicaux généralement acceptés.

Aucun paiement de prime n'est requis pendant la période de survie. Si une prestation au titre d'une affection couverte devient payable, un montant équivalant aux primes payées pendant la période de survie sera ajouté au montant de la prestation au titre de l'affection couverte exigible.

Dans le cas des affections couvertes où aucune période de survie ne s'applique, la personne assurée doit être toujours en vie au moment où le diagnostic est établi.

DISPOSITION D'ÉCHANGE DE L'AVENANT

Si le présent avenant est en vigueur, lorsque la prestation de décès en vertu du contrat devient payable entraînant ainsi la résiliation du contrat, la titulaire ou le titulaire de ce contrat ou, le cas échéant, le titulaire de contrat subsidiaire peut demander par écrit, dans un délai de 60 jours suivant le décès de la personne assurée, l'échange du présent avenant à l'égard de toute personne assurée survivante en vertu du présent avenant pour un contrat d'assurance maladies graves ÉquiVivre distinct, sans preuve d'assurabilité.

Le contrat d'assurance maladies graves ÉquiVivre distinct sera établi selon :

- une date d'entrée en vigueur qui est la même que celle de l'avenant;
- les mêmes garanties, catégorie de risques et statut tabagique que ceux du présent avenant;
- les mêmes taux de prime en vigueur à la date de l'échange;
- l'âge de la personne assurée au moment où le présent avenant a été établi;
- des frais de contrat supplémentaires imputés par l'Assurance vie du Canada (les frais de contrat applicables seront déterminés en fonction de nos règles administratives et lignes directrices au moment de l'échange); des rajustements de prime pourraient s'avérer nécessaires conformément à nos règles administratives et lignes directrices dans le cas où il y aurait une différence entre le facteur de périodicité du présent avenant et celui qui est applicable au nouveau contrat.

La disposition d'échange du présent avenant ne s'applique qu'au présent avenant.

PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE

Prestation ÉquiVivre

La prestation ÉquiVivre correspond à la somme assurée indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat.

Si, pendant que le présent avenant est en vigueur, la personne assurée reçoit le diagnostic de l'une des affections graves couvertes, selon la définition présentée dans la section des définitions des affections graves couvertes, et est toujours en vie à la fin de toute période de survie suivant la date du diagnostic ou la date de l'intervention chirurgicale visant à traiter l'affection couverte, la prestation ÉquiVivre devient payable, sous réserve des restrictions et des exclusions applicables énoncées dans le présent avenant.

La prestation ÉquiVivre est payable à la personne assurée (ou à toute ou à tout autre bénéficiaire désigné), à condition que le présent avenant soit en vigueur le premier jour suivant la satisfaction de toutes les exigences relatives à l'affection grave couverte, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes du présent avenant. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, qui ne sont pas expressément définis comme une affection grave couverte figurant parmi les définitions des affections graves couvertes du présent avenant, ne sont pas couverts et aucune prestation ÉquiVivre ne sera payable pour une telle affection ou maladie, un tel trouble ou une telle intervention chirurgicale.

PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE (suite)

La prestation ÉquiVivre n'est versée qu'une seule fois, par personne assurée, et pour une seule maladie grave couverte. Le présent avenant prend fin pour la personne assurée en question lorsque la prestation ÉquiVivre est versée, et ce, même si la personne assurée reçoit le diagnostic de plus d'une affection grave couverte. Le versement de la prestation ÉquiVivre représente la totalité des obligations à l'égard de toutes les demandes de prestation et des prestations en vertu du présent avenant pour la personne assurée en question. La prestation ÉquiVivre est versée sous réserve des exclusions énoncées dans la section des définitions des affections graves couvertes; des exclusions et des restrictions énoncées dans la section intitulée « Exclusions et restrictions » et des autres restrictions, conditions et exclusions dans le présent avenant ou le contrat.

Prestation de dépistage précoce :

Si, pendant que le présent avenant est en vigueur, la personne assurée reçoit le diagnostic de l'une des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, et est toujours en vie à la fin de toute période de survie suivant la date du diagnostic ou la date de l'intervention chirurgicale visant à traiter l'affection couverte en vertu de la garantie de dépistage précoce, la prestation de dépistage précoce devient payable, sous réserve des restrictions et des exclusions applicables énoncées dans le présent avenant.

La prestation de dépistage précoce est payable à la personne assurée (ou à toute ou à tout autre bénéficiaire désigné), à condition que le présent avenant soit en vigueur le premier jour suivant la satisfaction de toutes les exigences relatives à l'affection grave couverte en vertu de la garantie de dépistage précoce, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce du présent avenant. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, qui ne sont pas expressément définis comme une affection grave couverte en vertu de la garantie de dépistage précoce figurant parmi les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce du présent avenant, ne sont pas couverts et aucune prestation de dépistage précoce ne sera payable pour une telle affection ou maladie, un tel trouble ou une telle intervention chirurgicale.

La prestation de dépistage précoce correspond au moindre des montants suivants :

- a) 15 % de la somme assurée alors en vigueur; ou
- b) 50 000 \$.

La prestation de dépistage précoce peut être versée à plusieurs reprises à chaque personne assurée pendant toute la durée du présent avenant, mais ne sera versée qu'une seule fois pour chacune des affections couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce.

Tout versement en vertu de la garantie de dépistage précoce ne réduira pas la prime de l'avenant ou le montant de la somme assurée.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS COUVERTES EN VERTU DE LA GARANTIE DE DÉPISTAGE PRÉCOCE

Voici une liste des définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce qui s'appliquent au présent avenant.

Dans les définitions suivantes : i) les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC); et ii) le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Angioplastie coronarienne :

Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par une spécialiste ou un spécialiste.

Cancer canalaire du sein :

Diagnostic formel de présence du carcinome in situ du sein.

Le diagnostic de cancer canalaire du sein doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent avenant.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS COUVERTES EN VERTU DE LA GARANTIE DE DÉPISTAGE PRÉCOCE (suite)

Cancer précoce de la prostate :

Diagnostic formel de cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé sans nœuds lymphoïdes ni métastases.

Le diagnostic de cancer précoce de la prostate doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Aux fins du présent avenant, le terme « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent avenant.

Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC :

Diagnostic formel de tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes au stade 1 selon la classification de l'AJCC.

Le diagnostic de tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Aux fins du présent avenant, le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :

- de TSGI gastriques et de l'épilon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm 5,0 mm² ou 50 par CFG; ou
- de TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm 5,0 mm² ou 50 par CFG.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent avenant.

Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 :

Diagnostic formel de tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par intervention chirurgicale uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur.

Le diagnostic de tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par biopsie.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent avenant.

Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1 :

Diagnostic formel de cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance.

Le diagnostic de cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1 doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent avenant.

Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai :

Diagnostic formel de leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes.

Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par des tests sanguins appropriés.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai dans le cas d'une lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS).

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent avenant.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS COUVERTES EN VERTU DE LA GARANTIE DE DÉPISTAGE PRÉCOCE (suite)

Mélanome malin superficiel :

Diagnostic formel de mélanome malin de la peau au stade 1A ou 1B non ulcéré dans le derme et dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm.

Le diagnostic de mélanome malin superficiel doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du mélanome malin superficiel dans le cas d'un mélanome malin in situ.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent avenant.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES

Voici une liste des définitions des affections graves couvertes qui s'appliquent au présent avenant.

Dans les définitions suivantes : i) les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC); ii) le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975); et iii) le mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatry Res. 1975;12(3): 189.

Lésion cérébrale acquise :

Diagnostic formel de nouveaux dommages aux tissus du cerveau dus à une blessure traumatique, à une anoxie (absence d'oxygène) ou à une encéphalite et entraînant un ou plusieurs signes et des symptômes de déficience neurologique qui :

- sont présents et peuvent être constatés à l'examen clinique ou neuropsychologique;
- sont confirmés par des examens d'imagerie cérébrale comme une résonance magnétique du système nerveux (IRM) ou une tomodensitométrie (TDM) qui viennent corroborer la nature et la position des nouveaux dommages et le moment où ils sont survenus; et
- persistent pendant plus de 180 jours suivant la date du diagnostic.

Le diagnostic de lésion cérébrale acquise doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la lésion cérébrale acquise dans les cas suivants :

- anomalie cérébrale décelée à la scintigraphie, sans lien avec une détérioration clinique précise;
- signes neurologiques sans symptômes d'anomalie.

Chirurgie de l'aorte :

Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte.

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la chirurgie de l'aorte dans les cas suivants :

- angioplastie;
- intervention chirurgicale intra-artérielle;
- intervention transcathéter percutanée; ou
- intervention non chirurgicale.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

Anémie aplastique :

Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs;
- greffe de moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Méningite bactérienne :

Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence de bactéries pathogènes doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique médicalement accepté. La méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour la méningite bactérienne dans le cas d'une méningite virale.

Tumeur cérébrale bénigne :

Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La personne assurée doit avoir subi une intervention chirurgicale ou une radiothérapie, ou la tumeur doit avoir provoqué des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la tumeur cérébrale bénigne dans le cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm de malformations vasculaires, de cholestéatomes ou de tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

Période d'exclusion de 90 jours : aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable dans le cas d'une tumeur cérébrale bénigne ou de toute affection couverte, selon la définition présentée dans le présent avenant, contribuant à ou causée par tout type de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenant) si, dans les 90 jours suivant la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur » ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenant, la personne assurée :

- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenant); ou
- a présenté un ou plusieurs signes, des symptômes, ou a subi des examens ou des investigations, ou des consultations médicales qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenant), sans égard à la date du diagnostic.

Obligation de déclaration : la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée doit donner un avis écrit au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, dans un délai de 180 jours si, suivant la dernière des dates suivantes : soit 90 jours suivant la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur » ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenant, la personne assurée a reçu tout diagnostic ou a présenté un ou plusieurs signes, des symptômes, ou a subi des examens ou des investigations, ou des consultations médicales qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenant). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du présent avenant ne communique pas ces renseignements à l'Assurance vie Équitable, celle-ci se réserve le droit de refuser toute demande de prestation liée à une tumeur cérébrale bénigne ou à toute affection couverte causée par une tumeur cérébrale bénigne ou le traitement d'une tumeur cérébrale bénigne.

Le titulaire peut demander par écrit le maintien en vigueur du présent avenant, à condition que l'Assurance vie Équitable reçoive la demande écrite à son siège social de Waterloo, en Ontario, dans un délai de 30 jours suivant la date à laquelle l'Assurance vie Équitable confirme que la période d'exclusion de 90 jours pour une tumeur cérébrale bénigne et l'obligation de déclaration s'appliquent. À la réception de la demande écrite, l'Assurance vie Équitable pourra, en l'absence de fraude ou de fausse déclaration, maintenir le présent avenant en vigueur, à condition qu'aucune prestation au titre d'une affection couverte ne soit payable dans les cas suivants :

- diagnostic subséquent de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenant);
- affection couverte découlant directement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenant);
- affection couverte découlant directement du traitement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenant).

À défaut de réception de la demande écrite comme indiqué ci-dessus, le présent avenant prendra fin et l'Assurance vie Équitable remboursera toutes les primes payées au titre du présent avenant et aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

Cécité :

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
- un champ visuel moins de 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par une spécialiste ou un spécialiste.

Cancer :

Diagnostic formel de tumeur maligne. La tumeur doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic de cancer doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un rapport de pathologie.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du cancer dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de non invasives, de précancéreuses, de potentiel malin faible ou incertain, à la limite de la malignité, un carcinome in situ, ou des tumeurs au stade Tis ou Ta;
- mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela comprend notamment le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par intervention chirurgicale uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou
- thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent avenant.

Coma :

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Le diagnostic de coma doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du coma dans les cas suivants :

- le coma a été médicalement provoqué;
- le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Pontage coronarien :

Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du pontage aortocoronarien dans les cas suivants :

- angioplastie;
- intervention chirurgicale intra-artérielle;
- intervention transcathéter percutanée; ou
- intervention non chirurgicale.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

Surdité :

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Démence, y compris la maladie d'Alzheimer :

Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets); ou
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la démence pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) :

Diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque découlant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) dans les cas suivants :

- changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement;
- autres syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- augmentation des biomarqueurs cardiaques ou symptômes découlant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque :

Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque dans les cas suivants :

- angioplastie;
- intervention chirurgicale intra-artérielle;
- intervention transcathéter percutanée; ou
- intervention non chirurgicale.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

Insuffisance rénale :

Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Perte d'autonomie :

Diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même :

- avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous;
- sur une période continue d'au moins 90 jours;
- sans espoir raisonnable de rétablissement; et

le diagnostic doit être posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par une ergothérapeute ou un ergothérapeute, ou encore une spécialiste ou un spécialiste exerçant une profession équivalente.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- se vêtir : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- se servir des toilettes : s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et assurer son hygiène personnelle;
- être continent : gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se lever du lit, se coucher, s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et s'en lever;
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Perte de membres :

Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Perte de l'usage de la parole :

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la perte de l'usage de la parole dans le cas de toute cause psychiatrique.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe :

Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical.

Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. La date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de la personne assurée dans un centre de transplantation.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Greffe d'un organe vital :

Intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la greffe d'un organe vital, la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

Maladie du motoneurone :

Diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Sclérose en plaques :

Diagnostic formel, suivant la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur » ou la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat si cette date est postérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la sclérose en plaques dans les cas suivants :

- sclérose solitaire;
- syndrome clinique isolé;
- syndrome radiologique isolé;
- neuromyéélite optique; ou
- sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

Période d'exclusion d'un an : aucune prestation ne sera payable au titre de la sclérose en plaques si, dans l'année suivant la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur » ou la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat si cette date est postérieure, la personne assurée :

- a présenté un ou plusieurs signes ou des symptômes, ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu du présent avenant), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu du présent avenant).

Obligation de déclaration : les renseignements médicaux concernant le diagnostic de sclérose en plaques et un ou plusieurs signes, des symptômes, ou des investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, dans un délai de 180 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, l'Assurance vie Équitable peut refuser toute demande de prestation liée à la sclérose en plaques ou à toute affection grave causée par la sclérose en plaques ou son traitement.

Infection à VIH contractée au travail :

Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) découlant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur » ou la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de l'infection à VIH contractée au travail ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de l'infection à VIH contractée au travail dans les cas suivants :

- la personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, notamment par transmission sexuelle ou par usage de drogues intraveineuses.

Paralysie :

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques :

Diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. La personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Le syndrome parkinsonien atypique est défini comme le diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par une neurologue ou un neurologue.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques dans le cas de tout autre type de parkinsonisme.

Période d'exclusion d'un an : aucune prestation ne sera payable au titre de la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques si, dans l'année suivant la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur » ou la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat si cette date est postérieure, la personne assurée :

- a présenté un ou plusieurs signes ou des symptômes, ou a subi des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Obligation de déclaration : les renseignements médicaux concernant le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique et un ou plusieurs signes, des symptômes ou des investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assurance vie Équitable dans un délai de 180 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, la Compagnie se réserve le droit de refuser toute demande de réclamation portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou sur toute maladie ou affection couverte causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Brûlures graves :

Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Accident vasculaire cérébral :

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre l'accident vasculaire cérébral (AVC) dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- troubles ischémiques du système vestibulaire;
- mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Période d'exclusion de 90 jours pour un cancer et obligation de déclaration : Aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable dans le cas d'un cancer ou de toute affection couverte, selon la définition présentée dans le présent avenant, contribuant à ou causée par tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenant) si, dans les 90 jours suivant la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur » ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat, la personne assurée :

- a) a reçu un diagnostic de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenant); ou
- b) a présenté un ou plusieurs signes ou des symptômes, ou a subi des examens ou des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenant), sans égard à la date du diagnostic.

La titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée doit donner un avis écrit au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, dans un délai de 180 jours si, suivant la dernière des dates suivantes : soit 90 jours suivant la « date à laquelle l'avenant entre en vigueur » ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat, la personne assurée a reçu tout diagnostic ou a présenté un ou plusieurs signes ou des symptômes, ou a subi des examens ou des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenant). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du présent avenant ne communique pas ces renseignements à l'Assurance vie Équitable, celle-ci se réserve le droit de refuser toute demande de prestation liée à un cancer ou à toute affection couverte causée par un cancer ou le traitement d'un cancer.

Le titulaire peut demander par écrit le maintien en vigueur du présent avenant, à condition que l'Assurance vie Équitable reçoive la demande écrite à son siège social de Waterloo, en Ontario, dans un délai de 30 jours suivant la date à laquelle l'Assurance vie Équitable confirme que la période d'exclusion de 90 jours pour un cancer et l'obligation de déclaration s'appliquent. À la réception de la demande écrite, l'Assurance vie Équitable pourra, en l'absence de fraude ou de fausse déclaration, maintenir l'avenant en vigueur, à condition qu'aucune prestation au titre d'une affection couverte ne soit payable dans les cas suivants :

- diagnostic subséquent de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenant);
- affection couverte découlant directement d'un cancer (couvert ou non en vertu du présent avenant); et
- affection couverte découlant directement du traitement d'un cancer (couvert ou non en vertu du présent avenant).

À défaut de réception de la demande écrite comme indiqué ci-dessus, le présent avenant prendra fin et l'Assurance vie Équitable remboursera toutes les primes payées au titre du présent avenant et aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable.

Exclusions : En plus de toutes les exclusions énoncées dans le présent avenant, aucune prestation au titre d'une affection couverte ne sera versée si la personne assurée reçoit le diagnostic d'une affection couverte découlant directement ou indirectement d'une des causes suivantes :

- blessures que la personne assurée s'est infligées volontairement, quel que soit son état mental;
- guerre ou acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, actes d'hostilité des forces armées d'un pays ou d'organismes internationaux;
- absorption ou usage intentionnel par la personne assurée :
 - d'un médicament ou d'un narcotique d'ordonnance d'une façon non conforme aux instructions données par un médecin;
 - d'un médicament ou d'un narcotique qui peut légalement être vendu au Canada ou aux États-Unis sans ordonnance, d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant;
 - d'un médicament ou narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada ou aux États-Unis; ou
 - d'une substance toxique ou intoxicante, y compris l'inhalation de gaz ou d'émanations toxiques;
- le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel; ou
- conduite d'un véhicule motorisé alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS (suite)

- Affection couverte à l'extérieur du Canada :** Si le diagnostic de l'une des affections couvertes a été posé ou que l'une d'elles est apparue à l'extérieur du Canada, la prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites:
- tous les dossiers médicaux de la personne assurée sont mis à la disposition et remis au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario; et
 - les dossiers médicaux fournis démontrent de façon satisfaisante à l'Assurance vie Équitable que :
 - le même diagnostic aurait été posé si la maladie ou l'accident avait eu lieu au Canada;
 - un traitement immédiat aurait été prescrit selon les normes canadiennes;
 - le même traitement, impliquant l'intervention chirurgicale particulière, aurait été recommandé si le traitement avait eu lieu au Canada; et
 - la personne assurée devra être soumise à un examen médical indépendant par un spécialiste ou un spécialiste désigné par l'Assurance vie Équitable si cette dernière en fait la demande. Dans le cas d'une intervention chirurgicale non urgente, ce type d'examen doit être effectué avant l'intervention chirurgicale.

PRIMES

Primes : Les primes sont payables au titre du présent avenant, pour la période indiquée dans le tableau des primes ou le tableau des frais du présent avenant. En bénéficiant d'une prime renouvelable tous les 10 ans, vos primes garanties seront renouvelées et augmentées automatiquement tous les 10 ans à l'anniversaire contractuel. À l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 75^e anniversaire de naissance de la personne assurée, le paiement de la prime ne sera plus exigé et le présent avenant ainsi que toutes ses garanties prendront fin pour la personne assurée en question.

Remise en vigueur : Vous pouvez demander une remise en vigueur du présent avenant et du contrat dans un délai de deux ans après la date de déchéance du contrat. Pour remettre le présent avenant en vigueur, voici les exigences :

- une preuve attestant de la bonne santé et de l'assurabilité de la personne assurée, jugées satisfaisantes par la Compagnie, et
- un paiement de toutes les primes payables avec intérêt (au taux que déterminera la Compagnie de temps à autre) à compter de la date de déchéance du contrat ou du présent avenant.

La date de la remise en vigueur correspondra à la date où toutes les exigences de remise en vigueur ci-dessus auront été satisfaites. Le présent avenant ne peut être remis en vigueur que si le contrat est remis en vigueur.

DROIT DE MODIFICATION

Vous avez l'option de changer votre avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans, sans preuve d'assurabilité en un régime d'assurance maladies graves :

- uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans, uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans ou couverture 20 paiements à vie, à condition qu'il soit offert, conformément aux règles administratives de la Compagnie alors en vigueur, à tout moment jusqu'à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la personne assurée inclusivement; ou
- couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans, à condition qu'il soit offert, conformément aux règles administratives de la Compagnie alors en vigueur, à tout moment jusqu'à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 54^e anniversaire de naissance de la personne assurée inclusivement.

Pour apporter une modification :

- votre avis doit être reçu par la Compagnie avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché de l'anniversaire de naissance de la personne assurée;
- vous ne demandez aucune augmentation de la somme assurée; et
- le présent avenant d'assurance maladies graves est en vigueur au moment de la demande de modification et à la date d'entrée en vigueur de la modification.

Le régime d'assurance maladies graves modifié sera le régime d'assurance maladies graves applicable qui était offert à l'entrée en vigueur du présent avenant d'assurance maladies graves. Les taux de prime applicables au régime d'assurance maladies graves modifié seront les taux en vigueur au titre du régime en question à la date de modification, et ce, en fonction de l'âge de la personne assurée à son anniversaire de naissance le plus rapproché de la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance maladies graves modifié et pour la même catégorie de risques et le même statut tabagique que le présent avenant d'assurance maladies graves. Si le contrat modifié est un régime 20 paiements, la période de paiement de 20 ans commencera à la date de la modification.

RÉSILIATION

En plus de toute autre disposition de résiliation ou d'expiration figurant dans le contrat, le présent avenant ainsi que toutes les garanties qui y sont associées pour la personne assurée en question prendront fin à la première des dates suivantes :

- a) la date de déchéance du contrat;
- b) la date de résiliation du contrat;
- c) la date du décès de la personne assurée;
- d) la date d'entrée en vigueur de la disposition d'échange de l'avenant;
- e) la date à laquelle la prestation ÉquiVivre en vertu du présent avenant devient payable;
- f) la date à laquelle l'Assurance vie Équitable reçoit la demande d'annulation écrite de la titulaire ou du titulaire pour annuler le présent avenant à son siège social à Waterloo, en Ontario; ou
- g) la date d'expiration du présent avenant indiquée à la page intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent avenant.

Annulation : vous pouvez annuler le présent avenant en tout temps en envoyant une demande à la Compagnie. À la date de réception de votre avis d'annulation, les primes applicables au présent avenant prendront fin, et le présent avenant ainsi que toutes les autres garanties qui y sont associées prendront fin.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les dispositions générales qui s'appliquent au présent avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre.

- Cession :** La titulaire ou le titulaire peut céder le présent avenant à une autre personne comme la loi l'autorise. La cession ne constituera pas une obligation contractuelle pour l'Assurance vie Équitable tant que la Compagnie n'aura pas reçu la demande de cession, par écrit, à son siège social à Waterloo, en Ontario. L'Assurance vie Équitable n'est pas responsable de la validité juridique d'une cession.
- Classification de fumeur :** Dans le cas du présent avenant, si une personne assurée a été classifiée en tant que personne fumeuse, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices, vous pouvez demander à tout moment un changement pour passer à la catégorie des personnes non fumeuses en fournissant une déclaration écrite à l'Assurance vie Équitable qui comprend des preuves satisfaisantes permettant d'établir le statut tabagique de la personne assurée comme une personne non fumeuse. L'Assurance vie Équitable se réserve le droit d'exiger une preuve de bonne santé avant d'approuver la demande de changement de catégorie de personnes fumeuses.
- Conformité avec la législation provinciale :** Si une ou plusieurs des modalités, dispositions ou conditions du présent avenant vont à l'encontre des lois de la province où résidait la personne assurée au moment de la proposition, la modalité, disposition ou condition en cause sera modifiée pour répondre aux exigences minimales de la loi.
- Délai de prescription :** Toute action ou procédure intentée contre un assureur, ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du présent avenant, est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre législation applicable.

DISPOSITIONS LÉGALES

- Renonciation :** L'Assurance vie Équitable est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du présent avenant, en totalité ou en partie, sauf si la renonciation est clairement exprimée par écrit et signée par l'Assurance vie Équitable. (Si la loi sur les assurances qui régit le présent avenant ne comporte pas une telle condition, cette condition ne s'applique alors pas.)
- Faits importants :** Les déclarations faites par la titulaire ou le titulaire ou par la personne assurée au moment de soumettre la proposition d'assurance en vue du présent avenant ne doivent pas être utilisées pour défendre une demande de réclamation ou pour annuler le présent avenant, sauf si elles figurent dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite donnée comme preuve d'assurabilité.

DISPOSITIONS LÉGALES (suite)

Avis et preuve de réclamation : La titulaire ou le titulaire, la personne assurée, une bénéficiaire ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de réclamation ou l'agente ou l'agent de l'un deux est tenu :

- a) de fournir un avis de réclamation écrit à l'Assurance vie Équitable :
 - i. soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario;
 - ii. soit en le remettant à une conseillère ou un conseiller autorisé de l'Assurance vie Équitable dans la province; au plus tard 30 jours suivant la date à laquelle une demande de réclamation survient en vertu du présent avenant au titre d'une affection couverte;
- b) dans les 90 jours suivant la date à laquelle une demande de réclamation survient en vertu du présent avenant au titre d'une affection couverte, vous devez fournir au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, une preuve de la survenance, dans la mesure du possible et compte tenu des circonstances, du début de l'affection couverte, une preuve attestant du droit de la requérante ou du requérant de toucher le paiement et une preuve qui confirme son âge et de l'âge de la bénéficiaire ou du bénéficiaire, s'il y a lieu; et
- c) de fournir, si nous l'exigeons, un certificat établissant de façon satisfaisante la cause et la nature de l'affection couverte pour laquelle vous présentez une demande de réclamation en vertu du présent avenant.

Défaut de fournir un avis ou une preuve : le défaut de donner l'avis de la réclamation ou de fournir une preuve de réclamation dans le délai prescrit ou requis par la présente disposition légale n'invalide pas la demande, si l'avis ou la preuve de réclamation est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de la faire et, en aucun cas, plus d'un an après la date à laquelle une demande de réclamation survient en vertu du présent avenant, s'il est démontré qu'il était raisonnablement impossible de donner un avis ou de fournir une preuve dans le délai prescrit ou requis par cette disposition.

Obligation de l'assureur de fournir les formulaires de preuve de réclamation : L'Assurance vie Équitable fournira les formulaires de preuve de réclamation dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de réclamation. Toutefois, lorsque la requérante ou le requérant n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il pourra soumettre la preuve de réclamation sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'affection grave donnant lieu à la demande.

Droit d'examen : Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées en vertu du présent avenant, la requérante ou le requérant est tenu de nous offrir la possibilité de soumettre la personne assurée à un examen médical quand et aussi souvent qu'il raisonnablement nécessaire pendant que la demande de réclamation en vertu du présent avenant est en cours.

Délai de paiement des sommes : Toutes les sommes payables en vertu du présent avenant sont versées par l'Assurance vie Équitable dans les 60 jours suivant la réception de la preuve de réclamation par l'Assurance vie Équitable.

DISPOSITION DES OPTIONS D'ASSURABILITÉ GARANTIE

À chaque date d'option à laquelle la disposition est en vigueur, la ou le titulaire du contrat peut choisir l'option d'exiger que la Compagnie émette un nouveau contrat sur la tête de la personne assurée sans avoir à soumettre de preuves d'assurabilité pour un montant d'assurance qui ne dépasse pas le montant de l'option d'assurabilité garantie indiqué à la page intitulée « Description des garanties » de ce contrat, pourvu que la Compagnie reçoive à son siège social à la date de l'option ou au cours des soixante (60) jours qui précèdent, une proposition dûment remplie pour un tel contrat et un règlement conforme aux règles publiées de la Compagnie.

Le nouveau contrat peut être établi pour tout type de contrat d'assurance vie entière, d'assurance vie à primes temporaires ou d'assurance vie temporaire, ou une combinaison de ces régimes avec un avenant d'assurance temporaire qui serait émit par la Compagnie à un tel moment pour un montant similaire. La prime du nouveau contrat sera établie en fonction des taux publiés par la Compagnie à la date d'établissement du nouveau contrat pour l'âge atteint de la personne assurée dans la catégorie de risque applicable à la personne assurée et dont le risque de mortalité serait de 100 % sauf indication contraire à la page intitulée « Description des garanties ».

Le nouveau contrat entrera en vigueur à la date de l'option à condition que la personne assurée est vivante.

Si ce contrat contient une disposition d'exonération de primes en cas d'invalidité, le nouveau contrat comprendra une même disposition. Par contre, si le nouveau contrat est un régime autre qu'un régime d'assurance vie entière ou d'assurance vie temporaire ou une combinaison de ces régimes avec un avenant d'assurance temporaire, des preuves d'assurabilité satisfaisantes devront être présentées à la Compagnie pour cette disposition.

Dans cette disposition, la date de l'option correspond à l'anniversaire contractuel le plus rapproché de chaque anniversaire de naissance où la personne assurée atteint un des âges d'option indiqués ci-dessous pour l'âge de la personne assurée indiqué à la page intitulée « Description des garanties » ou selon les corrections d'un avenant.

Âges de la personne assurée à l'établissement du contrat	Âges d'option
0 à 16	19 22 25 28 31 34 37 40
17 à 20	22 25 28 31 34 37 40
21 à 24	25 28 31 34 37 40
25 à 27	28 31 34 37 40
28 à 30	31 34 37 40
31 à 33	34 37 40
34 à 36	37 40
37 à 38	40

Expiration : Cette disposition sera automatiquement annulée à l'expiration de ce contrat ou s'il est racheté pour un retrait au comptant ou s'il est transformé en assurance libérée.

Cette page a été laissée vide intentionnellement.

ÉCHANTILLON