



Assurance vie entière

Exemples de pages de contrat de police

• Sur une tête.....	2
• Conjointe premier décès.....	22
• Conjointe dernier décès.....	43
• Avenants facultatifs	
○ Adultes.....	64
○ Enfants.....	94

DÉFINITIONS

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre contrat d'assurance vie entière Équimax. 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 :	Signifie l'âge de la personne assurée à son anniversaire le plus rapproché.
Anniversaire contractuel :	Signifie le jour et le mois qui, chaque année, coïncident avec la date du début de la première année contractuelle, comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat ». Les années contractuelles et mois contractuels sont également calculés à partir de la date du début de la première année contractuelle du présent contrat.
Avenant :	Signifie une garantie supplémentaire souscrite et établie par l'Équitable telle que décrite à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat. Les dispositions et conditions des avenants applicables au présent contrat sont décrites aux pages des avenants jointes au présent contrat d'assurance vie entière Équimax.
Bénéficiaire ou bénéficiaires :	Signifie toute personne bénéficiaire désignée par la ou le titulaire du contrat pour recevoir la prestation au décès de la personne assurée au titre du présent contrat d'assurance vie entière Équimax. 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 au décès de la personne assurée au titre du présent contrat si ce changement est permis par les lois applicables. L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada versera tout montant dû au décès de la personne assurée à toute personne qui aura la désignation de bénéficiaire à la date du décès de la personne assurée.
Catégorie de risques :	Signifie l'évaluation de la Compagnie du risque de mortalité de la personne assurée. La catégorie de risques de la personne assurée dépend des déclarations sur la proposition d'assurance ainsi que des renseignements médicaux ou autres reçus et évalués par la Compagnie. Une évaluation normale ou standard du risque 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 de primes applicables au contrat. Le risque de mortalité fait référence à la probabilité de décès.
Compagnie :	Les termes « nous », « notre », « nos », l'« Équitable » et la « Compagnie » désignent L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.
Couverture d'assurance :	Signifie les différentes garanties qui s'appliquent en vertu du présent contrat d'assurance vie entière Équimax et qui sont indiquées à la section intitulée « Description des garanties » ainsi que dans celle intitulée « Tableau des primes ». Elle comprend la garantie Équimax, ainsi que toute garantie ajoutée par l'entremise d'avenants offerts.
Date à laquelle le contrat entre en vigueur :	<p>Signifie la dernière des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) soit : i) au Québec, la date à laquelle l'Équitable accepte le contrat d'assurance sans modification; ou ii) dans les provinces autres que le Québec, la date à laquelle le contrat d'assurance vous a été livré; et b) la date à laquelle le montant total de la prime initiale a été payé à la Compagnie; <p>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.</p>

DÉFINITIONS (suite)

Date d'entrée en vigueur :	Signifie la date de chaque couverture d'assurance indiquée à la section intitulée « Description des garanties ».
Date de la signature de la ou du titulaire :	Signifie la date à laquelle la ou le titulaire a signé la proposition d'assurance au titre du présent contrat ou, s'il y a plus d'un titulaire, la dernière des dates à laquelle les titulaires ont signé la proposition d'assurance au titre du présent contrat.
Début de la première année contractuelle :	Signifie la date indiquée à la section intitulée « Particularités du contrat ».
Description des garanties :	Signifie le tableau des garanties associées à la personne assurée comme l'indique la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat.
Dettes :	Signifie la somme des avances sur contrat en souffrance ainsi que des avances automatiques de la prime et de l'intérêt accumulé sur ces avances.
Jour ouvrable :	Signifie tout jour autre que le samedi, le dimanche et tous les jours fériés applicables dans la province où se trouve le siège social de la Compagnie.
Personne assurée :	Signifie la personne à qui se rapporte l'assurance vie reliée à ce contrat. Il se peut que la personne assurée ne soit pas forcément la ou le titulaire du présent contrat d'assurance vie entière Équimax.
Primes :	Signifie les montants versés à l'Équitable et affectés à ce contrat d'assurance vie entière Équimax.
Titulaire :	Signifie toute personne proposante et toute personne titulaire comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat ». Les termes « vous », « votre », « vos » et « titulaire » renvoient à toute personne proposante et toute personne titulaire du présent contrat. Il se peut que toute personne titulaire ne soit pas forcément la personne assurée en vertu du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les dispositions générales qui s'appliquent à votre contrat d'assurance vie entière Équimax.

Avec participation : Le présent contrat, à l'exception de tout avenant pouvant être annexé à ce contrat, consiste en un contrat avec participation de la Compagnie. À titre de contrat avec participation, le présent contrat est admissible aux bénéfices distribuables du compte des contrats avec participation sous forme de participations à chaque anniversaire contractuel. Les participations ne sont pas garanties. Elles sont sous réserve de modifications et varieront en fonction des revenus de placement réels du compte des contrats avec participation, également des résultats techniques de mortalité, des dépenses, de déchéance, des réclamations, des impôts et d'autres résultats du bloc de contrats avec participation. Chaque année, le conseil d'administration de la Compagnie détermine, à sa discrétion exclusive, le montant des bénéfices distribuables, le cas échéant, à verser aux titulaires de contrat avec participation sous forme de participations conformément aux règles régissant l'affectation des participations de la Compagnie.

Avis ou 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 transmission électronique.

Les avis et la correspondance de votre part devront être envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique (si aucune signature n'est requise) ou remis en personne et seront réputés reçus à la date de leur réception à notre siège social à Waterloo, en Ontario.

Cession : La ou le titulaire peut céder le présent contrat à une autre personne là où la loi le permet. 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.

Classification de fumeur : Si la 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'Équitable qui comprend des preuves satisfaisantes permettant d'établir le statut tabagique de la personne assurée en tant que non fumeuse. L'Équitable se réserve le droit d'exiger une preuve de bonne santé avant d'accepter la demande de changement du statut tabagique.

Si la personne assurée avait moins de 18 ans à la date du début de la première année contractuelle du présent contrat, nous la classerons dans la catégorie des personnes non fumeuses.

Contrat : Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax comprend les documents suivants :

- le présent contrat et tout document joint au contrat lors de son établissement;
- la proposition d'assurance;
- toute modification ou tout avenant du contrat dont il a été convenu par écrit par la Compagnie;
- tout avenant joint au présent contrat offrant des garanties supplémentaires.

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 ».

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Contrat (suite) :	Seul le président ou une dirigeante ou un dirigeant de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada a l'autorité de lier la Compagnie ou d'apporter une modification au contrat, et ce, uniquement par écrit. L'Équitable n'assume aucune responsabilité quant aux promesses ou aux déclarations faites par d'autres personnes, y compris votre conseillère ou conseiller financier, votre courtière ou courtier, ou encore votre agente ou agent. Sans limiter la portée générale de l'énoncé ci-dessus, aucune des personnes agissant à titre de conseillère ou conseiller financier, courtière, courtier, agente ou agent n'a le droit de modifier les conditions ou les dispositions du présent contrat ou d'y renoncer.
	Si une autorité législative ou de réglementation ayant compétence impose des exigences qui ont une incidence sur le présent contrat, l'Équitable peut unilatéralement apporter les changements requis à ce contrat.
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 des produits 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, administrateurs ou ses cessionnaires, si la ou le titulaire a le droit de désigner une nouvelle ou un nouveau bénéficiaire, ou encore une ou un bénéficiaire subsidiaire, dans la mesure permise en vertu des lois applicables.
Déclaration erronée de l'âge ou du sexe :	Si la date de naissance ou le sexe de la personne assurée est erroné, le montant payable au titre de cette couverture à la suite du décès de la personne assurée sera ajusté afin de correspondre au montant de la garantie de l'assurance vie qui aurait été souscrit si la prime avait été calculée selon l'âge et le sexe véritables de la personne assurée. Si la date ou le sexe de la personne assurée indiqué sur un avenant est erroné, la prestation payable en vertu de cet avenant correspondra au montant d'assurance que ces primes auraient permis de souscrire d'après l'âge et le sexe véritables de la personne assurée.
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 <i>Loi sur les assurances</i> ou par toute autre législation applicable.
Droit d'annulation :	Vous disposerez de 10 jours civils à partir de la date de réception du présent contrat pour l'annuler, à la 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 durant cette période, vous décidez d'annuler le présent contrat, toute prime payée en vertu du présent contrat jusqu'à la date de réception de votre demande d'annulation à l'Équitable vous sera remboursée. Le présent contrat sera ensuite réputé être nul dès sa création.
Exclusion de la prestation de décès - suicide :	L'Équitable ne versera aucune prestation de décès si la personne assurée 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 le contrat entre en vigueur; ii) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

**Exclusion
de la prestation
de décès – suicide
(suite) :**

L'Équitable remettra à toute personne bénéficiaire un montant limité équivalant à la prime payée à la Compagnie pour la couverture ou les couvertures d'assurance en cause, moins toute avance sur contrat impayée (y compris l'intérêt), moins tout retrait effectué depuis la date de début de l'année contractuelle et moins tout autre montant déjà versé par la Compagnie. L'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle à l'égard du présent contrat.

Incontestabilité :

En cas d'omission de divulguer un fait ou de la fausse déclaration d'un fait sur 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 (décrise 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'entraîneront 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 contestable (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.

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 d'un avenant.

Règlement de décès :

Au décès de la personne assurée en vertu du présent contrat, avant de verser le montant de la prestation en vertu du présent contrat, l'Équitable peut exiger que vous lui présentiez la police d'assurance et 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.

PRESTATION DE DÉCÈS

La prestation de décès versée à toute personne bénéficiaire de votre assurance vie entière Équimax est une part importante du présent contrat.

Prestation de décès : La prestation de décès sera payable à toute personne bénéficiaire si le présent contrat est en vigueur à la date du décès de la personne assurée. Les montants payables au décès sont calculés à partir de la date à laquelle l'Équitable reçoit l'avis de décès de la personne assurée en vertu du présent contrat.

La prestation de décès correspondra au total des montants suivants :

- a) le montant de l'assurance indiqué à la section intitulée « Description des garanties » de votre contrat; plus
- b) toute assurance libérée supplémentaire avec participation souscrite à l'aide de participations; plus
- c) la valeur de rachat de toute participation en dépôt portant intérêt chez l'Équitable en plus de l'intérêt accumulé; plus
- d) toute prestation payable en vertu d'un avenant sur la tête de la personne assurée; moins
- e) tout paiement de prime payable; moins
- f) toute dette payable en vertu du contrat;

ou, la prestation de décès sera le montant d'assurance fourni en vertu de l'option de l'assurance libérée réduite, si cette option est en vigueur.

À la date du début de la première année contractuelle, la prestation de décès Équimax initiale correspondra au montant assuré indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat.

PRIME

Le terme « prime » est défini comme étant le montant que vous payez à l'Équitable pour votre contrat Assurance vie entière Équimax.

Tableau des primes : Représente la section de votre contrat qui indique le montant de la prime payable pour chacune des couvertures d'assurance en vertu de votre contrat.

Prime ou 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 à la section intitulée « Tableau des primes ».

La prime initiale est payable à la date du début de la première année contractuelle indiquée à la section intitulée « Particularités du contrat » du contrat.

Type de prime : Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax paiements à vie (indiquée dans le tableau des primes), les primes pour la couverture d'assurance Équimax sont payables jusqu'à la date du dernier anniversaire contractuel indiqué dans le tableau des primes. Si le contrat est toujours en vigueur à la date du dernier anniversaire contractuel indiqué dans le tableau des primes, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax 20 paiements (indiquée dans le tableau des primes), les primes de la couverture d'assurance Équimax sont payables pendant 20 ans à partir de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance Équimax indiquée à la section intitulée « Description des garanties ». Si, après 20 ans, le contrat est toujours en vigueur, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax 10 paiements (indiquée dans le tableau des primes), les primes de la couverture d'assurance Équimax sont payables pendant 10 ans à partir de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance Équimax indiquée à la section intitulée « Description des garanties ». Si, après 10 ans, le contrat est toujours en vigueur, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Primes et avenants : Si votre contrat a été établi avec tout avenant supplémentaire, comme indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat, les primes sont payables pour ces avenants supplémentaires comme l'indique le tableau des primes. Les primes pour ces avenants supplémentaires pourraient être exigées même si aucune autre prime n'est due pour la couverture d'assurance Équimax en vertu du présent contrat.

Taxe sur la prime : La prime ou les primes présentées à la section intitulée « Tableau des primes » du présent contrat comprennent une disposition relative à la taxe sur la prime.

Délai de grâce : Un délai de grâce de 31 jours, commençant à la date à laquelle la prime est exigible, vous est accordé pour le paiement complet de la prime exigible. Pendant le délai de grâce, votre contrat restera en vigueur. Si l'Équitable ne reçoit pas la prime exigible avant la fin du délai de grâce, votre contrat tombera en déchéance, votre couverture prendra fin et l'Équitable n'aura aucune autre obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

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

PRIME (suite)**Avance automatique de la prime :**

Si une prime n'est pas payée à l'échéance et reste impayée pour une période de 31 jours et que le contrat a une valeur de rachat, une avance automatique de la prime sera utilisée pour payer la prime. Grâce à l'avance automatique de la prime, la Compagnie puisera des fonds de la valeur de rachat du contrat pour avancer le montant de la prime à titre d'avance sur contrat.

Même si les primes impayées constituent une dette en vertu du contrat, vous pouvez recommencer le paiement des primes à tout moment tant que le contrat est en vigueur. À moins que vous ne précisez que les paiements servent au remboursement de l'avance, les paiements remis à l'Équitable seront affectés au paiement de la prime actuelle.

Lorsque la valeur de rachat n'est plus suffisante pour couvrir l'avance automatique de la prime, le contrat tombera en déchéance comme indiqué à la section intitulée « Délai de grâce ». Lorsque le contrat tombe en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Tout montant emprunté à l'aide d'une avance automatique de la prime sera considéré comme une dette en vertu du contrat et accumulera de l'intérêt à partir de la date à laquelle la prime est payable. L'intérêt imposé sur les avances automatiques de la prime sera déterminé selon un taux établi périodiquement par la Compagnie et accumulé quotidiennement à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avance. Chaque année, à l'anniversaire contractuel, si l'intérêt exigible sur une avance automatique de la prime n'est pas payé, l'Équitable ajoutera cet intérêt dû au solde de votre avance et de l'intérêt sera imputé en fonction du montant total de la dette au titre de votre contrat. Vous pouvez, en tout temps, pendant que le présent contrat est en vigueur, rembourser la totalité ou une partie des montants dus au titre du contrat, sous réserve d'un montant minimal déterminé par l'Équitable.

Si, à tout moment pendant que le présent contrat est en vigueur, la totalité de la dette au titre du présent contrat, y compris l'intérêt accumulé, est supérieure à la valeur de rachat, le présent contrat tombera en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Au décès de la personne assurée en vertu du présent contrat, tout solde impayé de l'avance, y compris l'intérêt accumulé, sera déduit de la prestation de décès payable.

Remise en vigueur :

a) Si votre contrat d'assurance vie entière Équimax tombe en déchéance à la fin du délai de grâce en raison du non-paiement d'une prime exigible, le contrat peut être remis en vigueur en effectuant 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 en vie au moment où le paiement est effectué.

b) Si votre contrat d'assurance vie entière Équimax tombe en déchéance et ne fait pas l'objet d'une remise en vigueur en vertu du paragraphe (a), le contrat pourra être remis en vigueur dans les deux ans suivant sa date de déchéance. Il suffit que vous présentiez une demande par écrit à cet effet et une preuve d'assurabilité à la satisfaction de l'Équitable (selon les lignes directrices en matière de tarification alors en vigueur déterminées par l'Équitable) concernant la personne assurée (en fonction de l'âge qu'elle aura alors atteint).

La demande de remise en vigueur du présent contrat doit être accompagnée d'un paiement égal à la somme de ce qui suit :

- i) les primes qui auraient été exigées si le contrat était resté en vigueur à partir de la date de déchéance du contrat jusqu'à la date de remise en vigueur; plus
- ii) l'intérêt accumulé sur le montant ci-dessus; plus
- iii) toute dette payable en vertu du présent contrat.

PRIME (suite)

**Remise en vigueur
(suite) :**

Ces montants seront déterminés par l'Équitable au moment de la demande 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.

SAMPLE

VALEURS DU CONTRAT

L'assurance vie entière Équimax vous offre des valeurs garanties. La section intitulée « Tableau des valeurs garanties » de votre contrat affiche les valeurs garanties disponibles à la date de l'anniversaire applicable.

Valeur de rachat garantie :

La valeur de rachat indiquée à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » représente la valeur de rachat garantie associée à votre contrat.

Valeur de rachat :

Correspond à la valeur de rachat garantie indiquée à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » moins toute dette envers l'Équitable, plus la valeur au comptant de toute participation portée au crédit du présent contrat. Les participations ne sont pas garanties. Si vous demandez le rachat de votre contrat, la valeur de rachat vous sera versée dans un délai de 30 jours suivant la réception de votre demande écrite du rachat. Toutefois, nous nous réservons le droit de différer le paiement pour une période allant jusqu'à six mois après la date de réception de votre demande de rachat. Si nous différons le paiement pour une période de 30 jours ou plus, nous inclurons de l'intérêt, à un taux que nous déterminerons, et qui sera calculé à partir de la date de réception de votre demande de rachat.

Assurance libérée réduite :

Votre contrat est également pourvu d'une valeur garantie d'assurance libérée réduite, comme indiqué à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties ». Dans le cadre de cette option, si la valeur indiquée dans la colonne intitulée « Assurance libérée réduite » du tableau des valeurs garanties à la date de l'anniversaire applicable, vous pouvez opter par écrit de maintenir votre contrat en vigueur sous forme d'assurance libérée sans qu'aucune autre prime ne soit due.

La couverture d'assurance consistera en un montant réduit, et sera au moins égale au montant de l'assurance libérée réduite comme l'indique la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » à la date de l'anniversaire applicable.

Tout avenir lié au présent contrat prendra fin à la date d'entrée en vigueur de la modification du présent contrat en une assurance libérée réduite.

Une fois que l'option d'assurance libérée réduite est choisie, elle ne peut pas être changée. Le contrat d'assurance libérée réduite est admissible à recevoir des participations. Le mode d'affectation des participations s'appliquant à votre contrat d'assurance libérée réduite sera déterminé par l'Équitable lors de la réception de la demande de modification du contrat en une assurance libérée réduite, et sera sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

Veuillez noter que le fait de choisir l'option d'assurance libérée réduite peut entraîner des conséquences fiscales, donner lieu à un contrat non exonéré et votre contrat pourrait être assujetti à l'impôt.

L'option de l'assurance libérée réduite pourrait ne pas être offerte selon le montant d'assurance de base que vous avez souscrit au titre de la couverture d'assurance Équimax.

PARTICIPATIONS

Les participations pouvant s'accumuler en vertu de votre assurance vie entière Équimax sont une part importante du présent contrat.

Le présent contrat consiste en un contrat avec participation, ce qui signifie qu'il est admissible à la distribution de l'excédent sous forme de participations chaque année, à l'anniversaire contractuel. Les participations ne sont pas garanties. Elles sont sous réserve de modifications et varieront en fonction des revenus de placement réels du compte des contrats avec participation, également des résultats techniques de mortalité, des dépenses, de déchéance, des réclamations, des impôts et d'autres résultats du bloc de contrats avec participation. Les participations sont versées à la discrétion exclusive du conseil d'administration de la Compagnie.

Selon la proposition d'assurance vie du présent contrat, vous avez choisi d'affecter les participations selon l'un des modes suivants. Si vous n'avez pas choisi un mode d'affectation des participations sur votre proposition d'assurance, ces dernières seront affectées à votre contrat selon l'avenant joint au présent contrat. Il vous est possible de demander que votre mode d'affectation des participations soit changé en nous fournissant un avis écrit nous mentionnant la nouvelle option. Tout changement de mode d'affectation des participations est sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur, et peut résulter en une demande par la Compagnie de lui fournir une preuve de bonne santé continue et d'assurabilité de la personne assurée. Aucun changement ne pourra être effectué en ce qui a trait au mode d'affectation des participations de protection accrue.

Modes d'affectation des participations :

Au comptant : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement vous sera payée directement en argent comptant. Les participations payées au comptant pourraient entraîner des conséquences fiscales et il se peut que vous ayez à déclarer la totalité ou une partie des paiements reçus aux fins de l'impôt.

Réduction de la prime : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à réduire la prime actuelle exigible en vertu du contrat. Si, à l'avenir, les participations payables suffisent pour payer la totalité de votre prime, l'excédent, le cas échéant, vous sera versé au comptant. Les participations payées au comptant pourraient entraîner des conséquences fiscales et il se peut que vous ayez à déclarer la totalité ou une partie des paiements reçus aux fins de l'impôt.

Bonifications d'assurance libérée : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à souscrire une assurance libérée qui sera payable au même moment que la prestation de décès.

Dépôt portant intérêt : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement sera déposée auprès de l'Équitable. Les participations déposées auprès de l'Équitable accumuleront de l'intérêt composé à un taux établi par la Compagnie de temps à autre. Chaque année, l'intérêt gagné sera déclaré comme étant votre revenu d'intérêt annuel.

Protection accrue : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à souscrire le montant d'une assurance temporaire d'un an. L'assurance entrera en vigueur à l'anniversaire contractuel où la participation sera créditez. Si la participation créditez est supérieure au montant requis pour souscrire une assurance temporaire d'un an, le solde de la participation servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

Assurance temporaire d'un an :

L'assurance temporaire d'un an supplémentaire sans participation payable au décès de la personne assurée au cours de la première année contractuelle ou au cours de toute année contractuelle subséquente pour laquelle elle a été souscrite. Le montant de l'assurance temporaire d'un an au cours de la première année contractuelle est établi automatiquement et correspond au montant accru initial indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat. L'assurance temporaire d'un an n'est pas admissible aux participations et n'a pas de valeur de rachat.

PARTICIPATIONS (suite)

**Protection accrue
(suite) :**

Assurance temporaire d'un an (suite) :

Le montant de l'assurance temporaire d'un an au cours des années suivantes correspondra au moindre des montants suivants :

- a) le montant pouvant être souscrit à l'aide de participations; et
- b) le montant accru initial moins toute assurance libérée avec participation en vigueur.

Une fois que le montant accru initial moins tout montant d'assurance libérée avec participation en vigueur sera égal à zéro et que la souscription d'une assurance temporaire d'un an n'est plus nécessaire, toute participation portée au crédit servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

Garantie de protection accrue viagère :

En vertu du mode d'affectation des participations de la protection accrue, le présent contrat comprend la disposition de la garantie de protection accrue viagère s'appliquant au montant de l'assurance temporaire d'un an.

La garantie de protection accrue viagère signifie que, pendant toute la durée du présent contrat lorsque l'option de protection accrue est en vigueur, l'Équitable garantit que le montant de l'assurance temporaire d'un an sera égal au montant accru initial moins toute assurance libérée supplémentaire avec participation en vigueur tant que le paiement de toutes les primes en vigueur est à jour et que l'assurance libérée n'a pas été résiliée en échange de sa valeur de rachat. Cette garantie prendra fin dès que l'assurance libérée est rachetée contre sa valeur de rachat.

Cette disposition de garantie de protection accrue viagère se terminera automatiquement si l'un des événements ci-dessous survient :

- a) le contrat tombe en déchéance;
- b) le contrat est résilié pour la souscription d'une assurance libérée réduite; ou
- c) le mode d'affectation des participations en vigueur est changé pour un tout autre mode que celui de la protection accrue après l'établissement du contrat.

Si, à tout moment, une assurance libérée avec participation souscrite à l'aide de participations est résiliée contre sa valeur de rachat au lieu de souscrire une assurance temporaire d'un an comme décrit ci-dessus, le montant accru initial sera diminué d'un montant correspondant à la somme assurée de l'assurance libérée supplémentaire avec participation rachetée. La réduction du montant accru initial sera permanente.

Le montant accru initial dépend de l'âge, du sexe et de la catégorie de risques de la personne assurée. Si la date de naissance ou le sexe de la personne assurée est erroné, le montant accru initial sera ajusté selon le montant qui aurait été souscrit si le montant accru initial avait été calculé d'après l'âge ou le sexe véritable de la personne assurée.

Transformation :

À tout moment, avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 71^e anniversaire de naissance de la personne assurée, pendant que le mode d'affectation de protection accrue est en vigueur, une partie ou la totalité du montant de l'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation de protection accrue, pourra être transformée, sans preuve d'assurabilité, en une couverture d'assurance vie permanente établie par la Compagnie au moment de la transformation et sera assujettie aux règles administratives et lignes directrices de la Compagnie en vigueur à ce moment-là.

PARTICIPATIONS (suite)

Protection accrue (suite) :

Transformation (suite) :

Le nouveau contrat ne pourra être d'une somme assurée supérieure à celle de l'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation des participations de protection accrue au moment de la transformation, et devra satisfaire aux limites minimales et maximales, que nous aurons exigées à ce moment-là, relatives au montant de couverture d'assurance, aux primes et à l'âge en relation avec le produit sélectionné. Les primes et les frais relatifs au coût de l'assurance pour la nouvelle couverture d'assurance seront établis en fonction de l'âge atteint de la personne assurée, aux taux alors en vigueur pour une catégorie de risques similaire, comme déterminé par l'Équitable au moment de la transformation. Si vous demandez une catégorie de risques améliorée au moment de la transformation, la demande sera sous réserve de notre consentement et de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

Si le nouveau contrat contient des avenants, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par la Compagnie pourront être exigées.

Si les primes du contrat Équimax sont exonérées en vertu des dispositions prévues par une garantie d'exonération de primes en cas d'invalidité et que l'assurance temporaire d'un an est transformée, les primes ne seront pas exonérées et seront payables au titre du nouveau contrat transformé.

Le montant d'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation de protection accrue sera diminué du montant transformé. La réduction s'appliquera au montant accru initial décrit dans les dispositions de la protection accrue ci-dessus.

Une fois l'assurance temporaire d'un an transformée, le mode d'affectation des participations sera changé pour passer de celui de la protection accrue à celui des bonifications d'assurance libérée, et toute assurance libérée avec participation existante alors en vigueur s'appliquera conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée. Toute participation portée au crédit servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

ACCÈS AUX VALEURS DU CONTRAT

Avances sur contrat : À tout moment, pendant que le présent contrat vie entière Équimax est en vigueur, et s'il a une valeur de rachat, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur, vous pouvez demander une avance sur contrat à l'Équitable afin d'utiliser votre contrat en tant que garantie de remboursement de l'avance.

Le montant maximal que vous pouvez emprunter de la valeur de rachat alors en vigueur sera sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment de la demande de l'avance; cependant, le montant de l'avance ne peut dépasser 90 % de la valeur de rachat disponible moins toute dette existante en vertu du présent contrat.

Le fait de contracter une avance sur contrat à partir de la valeur de rachat de votre contrat d'assurance vie entière Équimax pourrait entraîner des conséquences fiscales et l'assujettissement à l'impôt.

Une avance sur contrat ne sera accordée que lorsque l'Équitable aura reçu une demande d'avance dûment remplie. Généralement, l'avance est octroyée dans un délai de 30 jours suivant la réception de la demande d'avance sur contrat dûment remplie au siège social de l'Équitable à Waterloo, en Ontario. Cependant, nous nous réservons le droit de différer l'avance pour une période allant jusqu'à six mois.

L'intérêt imposé sur les avances sur contrat sera déterminé selon un taux établi périodiquement par la Compagnie et accumulé quotidiennement à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avance.

ACCÈS AUX VALEURS DU CONTRAT (suite)

Avances sur contrat (suite) :

Chaque année, à l'anniversaire contractuel, si l'intérêt exigible sur une avance sur contrat n'est pas payé, l'Équitable ajoutera l'intérêt dû au solde de votre avance et de l'intérêt sera imputé en fonction du montant total de la dette au titre de votre contrat. Vous pouvez, en tout temps, pendant que votre contrat est en vigueur, rembourser la totalité ou une partie des montants dus au titre du contrat, sous réserve du montant minimal déterminé par l'Équitable.

Si, à tout moment pendant que le présent contrat est en vigueur, la totalité de la dette au titre du présent contrat, y compris l'intérêt accumulé, est supérieure à la valeur de rachat, le présent contrat tombera en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Au décès de la personne assurée en vertu du présent contrat, tout solde impayé de l'avance sur contrat, y compris l'intérêt accumulé, sera déduit de la prestation de décès.

Accès à la valeur de rachat générée par les participations :

Selon le mode d'affectation des participations choisi avec votre contrat d'assurance vie entière Équimax, vous avez la possibilité d'accéder à la valeur de rachat supplémentaire générée par les participations. Les participations ne sont pas garanties. Il est important de prendre note que le rachat d'assurance libérée pour sa valeur de rachat ou le retrait de la valeur de rachat à partir des participations laissées en dépôt auprès de l'Équitable pourrait entraîner des conséquences fiscales et l'assujettissement à l'impôt.

Rachat des bonifications d'assurance libérée :

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée ou de protection accrue en vertu du présent contrat, vous pouvez demander, à tout moment, le rachat de l'assurance libérée avec participation souscrite à l'aide de participations, pourvu qu'elle n'ait pas été utilisée en vertu d'une autre disposition contenue dans le présent contrat. Vous recevrez la valeur de rachat associée à l'assurance libérée avec participation que vous rachetez.

Il importe de noter qu'en résiliant l'assurance libérée avec participation pour couvrir un retrait au comptant, vous perdrez la garantie de protection accrue viagère associée au mode d'affectation des participations de protection accrue.

Participations laissées en dépôt :

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations de dépôt portant intérêt en vertu du présent contrat, vous pouvez retirer la valeur de rachat des participations laissées en dépôt auprès de l'Équitable plus l'intérêt accumulé, à tout moment, pourvu qu'elle n'ait pas été utilisée en vertu d'une autre disposition contenue dans le présent contrat.

PRESTATION DU VIVANT

La prestation du vivant vous permet de faire la demande d'un paiement de la valeur de rachat du présent contrat si la personne assurée devenait invalide en raison d'une déficience mentale ou physique grave suivant la description ci-dessous.

Tout versement de la prestation du vivant sera prélevé de la valeur de rachat de votre contrat, ce qui aura pour effet de réduire la prestation de décès de votre contrat. Tout versement de la prestation du vivant sera d'abord prélevé de toute valeur de rachat non garantie générée par les participations, le cas échéant, et sera ensuite prélevé de la valeur de rachat garantie. Tout versement de la prestation du vivant prélevé de la valeur de rachat garantie aura pour effet de réduire le montant d'assurance de base indiqué à la page intitulée « Description des garanties » de votre contrat.

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations de protection accrue, le paiement au titre du versement de la prestation du vivant annulera la garantie de protection accrue qui s'applique à votre contrat.

La prestation du vivant peut être versée sous réserve des conditions suivantes et de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement :

- a) un seul versement de la prestation du vivant par contrat est permis au cours de toute année contractuelle;
- b) les montants minimal et maximal du versement de la prestation du vivant au cours d'une année contractuelle seront sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement; et
- c) les frais pouvant s'appliquer pour les retraits effectués en vertu de la prestation du vivant seront sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement.

Le versement de la prestation du vivant pourrait ne pas être offert si vous avez cédé le présent contrat ou si vous avez désigné une personne bénéficiaire irrévocable au titre du présent contrat. Le versement de la prestation du vivant pourrait ne pas être offert si la personne assurée, après évaluation, présente un risque de santé aggravé.

Vous pourriez être en mesure de bénéficier du versement de la prestation du vivant moyennant une autorisation écrite transmise à l'Équitable, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur et de la législation fiscale en vigueur à ce moment-là.

Le fait d'être admissible au versement de la prestation du vivant ne garantit pas que votre contrat restera en vigueur. Si vous n'avez pas choisi d'ajouter un avenant d'exonération des primes au présent contrat sur la tête de la personne assurée à qui s'applique ce versement de la prestation du vivant, ou si l'avenant d'exonération des primes est expiré, résilié ou que la personne assurée ne satisfait pas à toutes les conditions pour être admissible à la prestation de l'avenant d'exonération des primes, vous devez continuer à payer des primes suffisantes pour maintenir votre contrat en vigueur.

Si vous choisissez de prendre la totalité de la valeur de rachat de votre contrat comme versement de la prestation du vivant, votre contrat sera alors résilié et l'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle en vertu du présent contrat.

PRESTATION DU VIVANT (suite)

Afin de recevoir le versement de la prestation du vivant, vous devez fournir, à vos frais, des preuves écrites attestant des troubles physiques ou mentaux graves d'une personne assurée de la part d'une ou d'un médecin qualifié et autorisé à exercer la médecine au Canada et jugées satisfaisantes par l'Équitable. La personne assurée doit être en vie au moment de la demande de versement de la prestation du vivant. La durée du trouble doit s'étendre sur une période d'au moins 90 jours et :

- a) avoir nettement restreint la capacité de cette personne assurée à exercer une des activités de la vie quotidienne suivantes :
 - i) percevoir, penser et mémoriser;
 - ii) se nourrir et s'habiller;
 - iii) parler afin d'être compris dans un endroit tranquille par une autre personne qui connaît cette personne assurée;
 - iv) entendre afin de comprendre dans un endroit tranquille une autre personne qui connaît cette personne assurée;
 - v) effectuer les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale; ou
 - vi) marcher;
 - ou b) i) si la personne assurée travaille normalement, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de sa profession ou de son emploi; ou
 - ii) si la personne assurée ne travaille pas normalement, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de toute profession ou de tout emploi pour lequel elle est qualifiée ou peut raisonnablement devenir qualifiée en raison de sa scolarisation, de sa formation ou de son expérience; ou
 - iii) si la personne est normalement responsable de l'entretien d'une maison ou des soins des membres de sa famille immédiate, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de l'entretien de cette maison ou des soins de ces personnes;
- et ce trouble, en vertu des alinéas a) ou b) ci-dessus, doit être le résultat d'une ou de plusieurs des causes suivantes :
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise) ou infection par le HTLV-III ou VIH - Maladie d'Alzheimer - Cancer ou tumeur - Maladie coronarienne, infarctus du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive - Insuffisance ou maladie rénale chronique ou maladie du foie chronique - Perte d'un membre - Maladie du motoneurone | <ul style="list-style-type: none"> - Dystrophie musculaire - Paralysie, paraplégie ou quadriplégie - Greffe d'un organe vital - Brûlures au troisième degré sur plus de 50 % du corps - Sclérose en plaques - Hépatite - Accident vasculaire cérébral avec ou sans paralysie - Chorée de Huntington |
|---|--|
- ou c) avoir entraîné la perte totale et permanente de la vision des deux yeux, ou de l'usage des deux mains, des deux pieds ou d'une main et d'un pied;
 - ou d) la ou le médecin s'attend à ce que la déficience ou la maladie ou la blessure qui a causé cette déficience entraîne le décès de la personne assurée dans les 24 mois suivant la date du diagnostic.

Affections**préexistantes :**

Aucune prestation du vivant ne sera payable si nous déterminons qu'une personne assurée, qui aurait autrement été admissible à prestation du vivant, souffrait de cette invalidité à la date du début de la première année contractuelle ou à la date de la dernière remise en vigueur. Cette détermination sera fondée sur l'état de santé précisé dans la proposition ou sur ce que l'on peut raisonnablement déduire existait au moment de la proposition, dans une déclaration d'état de santé connexe ou selon d'autres renseignements exigés par l'Équitable.

Exclusions :

Aucune prestation du vivant ne sera payable si la personne assurée reçoit le diagnostic d'une affection couverte découlant directement ou indirectement de ce qui suit :

- a) une tentative de suicide ou une blessure infligée à soi-même, peu importe l'état de santé mentale de la personne assurée;
- b) le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel; ou
- c) une grossesse normale ou un accouchement normal.

PRESTATION DU VIVANT (suite)

Imposition : À la date du début de la première année contractuelle du présent contrat, la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et ses règlements* stipulent qu'un versement effectué aux termes d'un contrat à titre de prestation d'invalidité ne constitue pas une disposition d'un intérêt dans un contrat d'assurance vie. Par conséquent, à compter de la date du début de la première année contractuelle du présent contrat, les prestations d'invalidité ne sont pas assujetties à l'impôt sur le revenu. Cependant, l'Équitable ne garantit pas que le versement de la prestation du vivant ne sera pas assujetti à l'impôt sur le revenu au moment du versement. De plus, il se peut qu'il ne soit pas dans votre intérêt véritable de vous prévaloir du versement de la prestation du vivant si la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et ses règlements* devaient éventuellement changer.

PRESTATION DE CONSULTATION POUR PERSONNES EN DEUIL

Au décès de la personne assurée couverte par ce contrat et au moment du paiement de la prestation de décès, l'Équitable fournira une prestation de consultation pour les personnes en deuil à toute personne bénéficiaire du présent contrat d'assurance vie entière Équimax. L'Équitable remboursera à toute personne bénéficiaire un maximum de 1 000 \$ des frais de consultation si les règles suivantes sont respectées :

- toute personne bénéficiaire présente les reçus dans les 12 mois suivant la date du décès de la personne assurée; et
- l'agrément ou l'accréditation professionnelle de la conseillère ou du conseiller est jugée appropriée par l'Équitable.

Le remboursement est assujetti aux pratiques administratives de l'Équitable au moment de la demande.

Peu importe le nombre de personnes bénéficiaires désignées sur ce contrat, 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 des bénéficiaires. Ce remboursement se fera seulement après réception des reçus appropriés.

PROTECTION CONTRE LES CRÉANCIERS

Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax peut fournir à la ou au titulaire du présent contrat, sous réserve de certaines conditions, une protection contre les créanciers.

STATUT FISCAL

Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax est établi dans l'intention de le garder exonéré d'impôt sur le revenu accumulé en vertu des dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada* et des règlements en vigueur à la date du début de la première année contractuelle.

L'Équitable se réserve le droit de modifier le présent contrat et sa façon de le gérer comme le prévoient les modifications de la législation et du règlement qui touchent le présent contrat, et de maintenir le contrat exonéré de l'imposition sur le revenu accumulé.

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 spécifique des prestations, payables en une somme forfaitaire au décès de la personne assurée en vertu du présent contrat, soit affecté au titre de l'une des options de paiement ci-dessous, si disponible, et sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment où la prestation devient 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 exigés par l'Équitable.

OPTIONS DE RÈGLEMENT (suite)

- 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 alors offert par l'Équitable, et ce, sous réserve de montants minimaux et maximaux exigés par l'Équitable.
- c) Produit en dépôt – le montant précisé serait laissé en dépôt auprès de l'Équitable pour une période convenue par l'Équitable. 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 paiement alors offerte par l'Équitable.

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

Toute personne bénéficiaire, ayant le droit aux prestations au décès de la personne assurée, peut aussi sélectionner une des options ci-dessus relativement aux prestations applicables, 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 paiements mensuels. Toute personne bénéficiaire devra nous fournir les renseignements personnels nécessaires pour l'entrée en vigueur de la rente.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR

À tout moment, pendant que le contrat est en vigueur, vous pouvez demander l'ajout de l'option de dépôt Excelérateur au titre du présent contrat, sous réserve de nos critères de tarification, de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment où nous recevons votre demande d'ajout de l'option de dépôt Excelérateur.

Si nous approuvons l'ajout de l'option de dépôt Excelérateur au présent contrat, les dispositions applicables sont énoncées dans la présente section Option de dépôt Excelérateur de votre contrat.

L'option de dépôt Excelérateur vous permet d'effectuer des paiements supplémentaires (« paiements au titre de l'ODE »), en sus des primes au titre du contrat, pour la souscription d'assurance libérée avec participation, sous réserve de nos règles administratives et nos critères de tarification en vigueur lorsque vous effectuez la demande de l'option de dépôt Excelérateur et lorsque vous effectuez un paiement au titre de l'ODE. Des frais (frais relatifs aux primes) s'appliquent à chaque paiement au titre de l'ODE afin de couvrir les frais d'administration. Les frais relatifs aux primes applicables sont établis par l'Équitable et ne sont pas garantis. L'assurance libérée avec participation souscrite en vertu de l'option de dépôt Excelérateur s'ajoute à l'assurance libérée avec participation souscrite à l'aide des participations générées par le contrat. Afin d'effectuer des paiements au titre de l'ODE, vous devez avoir choisi les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue comme mode d'affectation des participations.

Paiement unique

au titre de l'ODE :

Le paiement unique au titre de l'ODE renvoie à un seul paiement au titre de l'ODE. Le paiement unique au titre de l'ODE peut être effectué à tout moment, sous réserve de nos règles administratives, limites de paiement et critères de tarification en vigueur au moment d'effectuer votre paiement.

Paiements prévus

au titre de l'ODE :

Les paiements prévus au titre de l'ODE renvoient aux paiements prévus mensuellement ou annuellement au titre de l'ODE.

Si nous approuvons votre demande de paiements mensuels ou annuels prévus au titre de l'ODE, vous disposerez d'un délai de 60 mois à compter de la date à laquelle la demande de l'option de dépôt Excelérateur a été signée pour effectuer votre paiement initial.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR (suite)

**Paiements prévus
au titre de l'ODE
(suite) :**

Si vous omettez ou sautez un paiement prévu au titre de l'ODE, ou que votre paiement est inférieur au montant de paiement prévu approuvé au titre de l'ODE, le montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer à l'avenir pourrait être limité conformément aux règles administratives et aux lignes directrices en vigueur lors du paiement au titre de l'ODE et le paiement maximal au titre de l'ODE que nous serons en mesure d'accepter pourrait être inférieur au montant prévu.

La date d'exigibilité de votre paiement prévu au titre de l'ODE dépendra de la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat. Si la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat est mensuelle, la date d'exigibilité des paiements prévus au titre de l'ODE est l'anniversaire contractuel mensuel et correspond à la date à laquelle la prime mensuelle de votre contrat est exigible. Si la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat est annuelle, la date d'exigibilité des paiements prévus au titre de l'ODE est l'anniversaire contractuel et correspond à la date à laquelle la prime annuelle de votre contrat est exigible.

Si tout paiement au titre de l'ODE n'est pas reçu dans les 60 mois suivant la date à laquelle le dernier paiement au titre de l'ODE a été reçu, l'option de dépôt Excelérateur ne sera plus en vigueur. L'option de dépôt Excelérateur peut être remise en vigueur en soumettant une demande écrite et une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons.

Modifications :

Vous pouvez choisir d'ajouter l'option de dépôt Excelérateur après la date du début de la première année contractuelle et effectuer des paiements prévus au titre de l'ODE à votre contrat, sous réserve de nos règles administratives et de nous fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons. Il se pourrait qu'une limite soit imposée au montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer et ce montant est sous réserve de notre approbation.

En tout temps, vous pouvez demander une augmentation du montant de vos paiements prévus au titre de l'ODE. Des preuves d'assurabilité supplémentaires peuvent être exigées. Il se pourrait qu'une limite soit imposée au montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer et ce montant est sous réserve de notre approbation.

Vous pouvez demander l'arrêt de vos paiements au titre de l'ODE à tout moment et pourrez les reprendre sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité supplémentaires, à condition que vous repreniez vos paiements au titre de l'ODE dans les 60 mois suivant la date à laquelle le dernier paiement au titre de l'ODE a été reçu. Le montant des paiements au titre de l'ODE que vous pouvez effectuer pourrait être limité conformément aux règles administratives et aux lignes directrices en vigueur lors du paiement au titre de l'ODE et le paiement maximal au titre de l'ODE que nous serons en mesure d'accepter pourrait être inférieur au montant prévu. Si vous reprenez vos paiements au titre de l'ODE plus de 60 mois après l'arrêt des paiements de l'ODE, vous devrez d'abord nous fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes que nous exigeons.

Vous pouvez effectuer des paiements au titre l'ODE que si le mode d'affectation des participations choisi en vertu de votre contrat Équimax demeure les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue. Si vous décidez de changer votre mode d'affectation des participations pour un mode autre que les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue, les paiements au titre de l'ODE ne seront plus acceptés.

Toute modification de l'option de dépôt Excelérateur et tout ajout à son égard doivent être présentés à la Compagnie par écrit, à notre siège social à Waterloo, en Ontario.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR (suite)

Date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt

Excelérateur :

La date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur est établie comme suit : a) si la demande est effectuée à l'établissement du contrat Équimax, la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur est la même que la date du début de la première année contractuelle, comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat »; ou b) si la demande est effectuée ou une nouvelle demande est effectuée après la date du début de la première année contractuelle, la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur correspond alors à la date de réception du premier paiement au titre de l'ODE suivant l'approbation de la demande ou de la nouvelle demande.

Avenants d'assurance vie temporaire :

Si une couverture sous forme d'avenant d'assurance temporaire en vigueur en vertu du présent contrat s'applique à la personne assurée, elle pourrait vous permettre d'augmenter votre paiement prévu au titre de l'ODE, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur. La possibilité d'augmenter votre paiement au titre de l'option de dépôt Excelérateur sera sous réserve de nos règles administratives et de nous fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons.

Si nous approuvons l'augmentation du montant de paiement prévu au titre de l'ODE et que vous résiliez par la suite une couverture sous forme d'avenant d'assurance temporaire, nous nous réservons le droit de racheter l'assurance libérée avec participation en contrepartie de sa valeur de rachat et de vous la verser afin que le contrat demeure exonéré d'impôt sur les gains accumulés. Nous nous réservons également le droit de résilier l'option de dépôt Excelérateur ou de limiter le montant des paiements subséquents prévus au titre de l'ODE que nous accepterons. Le rachat de votre assurance libérée en contrepartie de sa valeur de rachat pourrait entraîner des conséquences fiscales pour vous.

Exonération :

Si les primes du contrat sont exonérées, vous pouvez poursuivre les paiements au titre de l'ODE. Aucune augmentation ou aucun ajout aux paiements au titre de l'ODE n'est autorisé lorsque l'exonération des primes est en vigueur. Si vous effectuez des paiements au titre de l'ODE au début de la période d'exonération des primes et décidez ensuite d'arrêter vos paiements pendant cette même période d'exonération des primes, vous ne pourrez pas reprendre les paiements au titre de l'ODE lorsque l'exonération des primes est en vigueur.

Exclusion de la prestation de décès - suicide :

Si la personne assurée, peu importe son état de santé mentale, décède des suites d'un suicide dans les deux années qui suivent la demande approuvée de l'option de dépôt Excelérateur, la responsabilité de la Compagnie en vertu de l'option de dépôt Excelérateur se limitera au montant des paiements au titre l'ODE, moins la valeur de rachat de toute partie des bonifications d'assurance libérée rachetée au cours de cette période de deux ans.

Incontestabilité :

Sauf dans les cas de fraude ou de déclaration erronée de l'âge ou du sexe, les déclarations contenues dans la demande de l'option de dépôt Excelérateur seront considérées comme étant véridiques et incontestables deux ans après la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur.

Imposition :

Le présent contrat est établi dans l'intention de le garder exonéré d'impôt sur le revenu accumulé en vertu des dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada* et des règlements en vigueur à la date du début de la première année contractuelle. Afin de maintenir le statut d'exonération de votre contrat, nous nous réservons le droit d'imposer une limite au montant de paiement effectué au titre de l'ODE ou de racheter l'assurance libérée avec participation en contrepartie de sa valeur de rachat et de vous la verser. Le rachat de votre assurance libérée en contrepartie de sa valeur de rachat pourrait entraîner des conséquences fiscales pour vous.

DÉFINITIONS

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre contrat d'assurance vie entière Équimax. 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 :	Signifie l'âge de la personne assurée à son anniversaire le plus rapproché.
Anniversaire contractuel :	Signifie le jour et le mois qui, chaque année, coïncident avec la date du début de la première année contractuelle, comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat ». Les années contractuelles et mois contractuels sont également calculés à partir de la date du début de la première année contractuelle du présent contrat.
Avenant :	Signifie une garantie supplémentaire souscrite et établie par l'Équitable telle que décrite à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat. Les dispositions et conditions des avenants applicables au présent contrat sont décrites aux pages des avenants jointes au présent contrat d'assurance vie entière Équimax.
Bénéficiaire ou bénéficiaires :	Signifie toute personne bénéficiaire désignée par la ou le titulaire du contrat pour recevoir la prestation au premier décès à survenir parmi les personnes assurées au titre du présent contrat d'assurance vie entière Équimax. Au cours de la durée de ce contrat, la ou le titulaire peut nous aviser par écrit d'une nouvelle désignation de toute personne bénéficiaire qui recevra la prestation au premier décès à survenir parmi les personnes assurées au titre du présent contrat si ce changement est permis par les lois applicables. L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada versera tout montant dû au décès de la personne assurée à toute personne qui aura la désignation de bénéficiaire à la date du premier décès à survenir parmi les personnes assurées.
Catégorie de risques :	Signifie l'évaluation de la Compagnie du risque de mortalité d'une personne assurée. La catégorie de risques de la personne assurée dépend des déclarations sur la proposition d'assurance ainsi que des renseignements médicaux ou autres reçus et évalués par la Compagnie. Une évaluation normale ou standard du risque 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 de primes applicables au contrat. Le risque de mortalité fait référence à la probabilité de décès.
Compagnie :	Les termes « nous », « notre », « nos », l'« Équitable » et la « Compagnie » désignent L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.
Couverture d'assurance :	Signifie les différentes garanties qui s'appliquent en vertu du présent contrat d'assurance vie entière Équimax et qui sont indiquées à la section intitulée « Description des garanties » ainsi que dans celle intitulée « Tableau des primes ». Elle comprend la garantie Équimax, ainsi que toute garantie ajoutée par l'entremise d'avenants offerts.
Date à laquelle le contrat entre en vigueur :	<p>Signifie la dernière des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) soit : i) au Québec, la date à laquelle l'Équitable accepte le contrat d'assurance sans modification; ou ii) dans les provinces autres que le Québec, la date à laquelle le contrat d'assurance vous a été livré; et b) la date à laquelle le montant total de la prime initiale a été payé à la Compagnie; <p>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.</p>

DÉFINITIONS (suite)

Date d'entrée en vigueur :	Signifie la date de chaque couverture d'assurance indiquée à la section intitulée « Description des garanties ».
Date de la signature de la ou du titulaire :	Signifie la date à laquelle la ou le titulaire a signé la proposition d'assurance au titre du présent contrat ou, s'il y a plus d'un titulaire, la dernière des dates à laquelle les titulaires ont signé la proposition d'assurance au titre du présent contrat.
Début de la première année contractuelle :	Signifie la date indiquée à la section intitulée « Particularités du contrat ».
Description des garanties :	Signifie le tableau des garanties associées aux personnes assurées comme l'indique la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat.
Dettes :	Signifie la somme des avances sur contrat en souffrance ainsi que des avances automatiques de la prime et de l'intérêt accumulé sur ces avances.
Jour ouvrable :	Signifie tout jour autre que le samedi, le dimanche et tous les jours fériés applicables dans la province où se trouve le siège social de la Compagnie.
Personne assurée ou personnes assurées :	Signifie les personnes à qui se rapporte l'assurance vie reliée au présent contrat. Il se peut qu'une ou plusieurs des personnes assurées ne soient pas forcément titulaires du présent contrat d'assurance vie entière Équimax.
Primes :	Signifie les montants versés à l'Équitable et affectés à ce contrat d'assurance vie entière Équimax.
Titulaire :	Signifie toute personne proposante et toute personne titulaire comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat ». Les termes « vous », « votre », « vos » et « titulaire » renvoient à toute personne proposante et toute personne titulaire de ce contrat. Il se peut que toute personne titulaire ne soit pas forcément toute personne assurée en vertu de ce contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les dispositions générales qui s'appliquent à votre contrat d'assurance vie entière Équimax.

Avec participation : Le présent contrat, à l'exception de tout avenant pouvant être annexé à ce contrat, consiste en un contrat avec participation de la Compagnie. À titre de contrat avec participation, le présent contrat est admissible aux bénéfices distribuables du compte des contrats avec participation sous forme de participations à chaque anniversaire contractuel. Les participations ne sont pas garanties. Elles sont sous réserve de modifications, et fluctueront en fonction des revenus de placement réels du compte des contrats avec participation, également des résultats techniques de mortalité, des frais, de déchéance, des réclamations, des impôts et d'autres résultats du bloc de contrats avec participation. Chaque année, le conseil d'administration de la Compagnie détermine, à sa discrétion exclusive, le montant des bénéfices distribuables, le cas échéant, à verser aux titulaires de contrat avec participation sous forme de participations conformément aux règles régissant l'affectation des participations de la Compagnie.

Avis ou 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 transmission électronique.

Les avis et la correspondance de votre part devront être envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique (si aucune signature n'est requise) ou remis en personne et seront réputés reçus à la date de leur réception à notre siège social à Waterloo, en Ontario.

Cession : La ou le titulaire peut céder le présent contrat à une autre personne là où la loi le permet. 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.

Classification de fumeur : 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'Équitable qui comprend des preuves satisfaisantes permettant d'établir le statut tabagique de la personne assurée en tant que non fumeuse. L'Équitable se réserve le droit d'exiger une preuve de bonne santé avant d'accepter la demande de changement du statut tabagique.

Contrat : Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax comprend les documents suivants :

- le présent contrat et tout document joint au contrat lors de son établissement;
- la proposition d'assurance;
- toute modification ou tout avenant du contrat dont il a été convenu par écrit par la Compagnie;
- tout avenant joint au présent contrat offrant des garanties supplémentaires.

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 ».

Seul le président ou une dirigeante ou un dirigeant de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada a l'autorité de lier la Compagnie ou d'apporter une modification au contrat, et ce, uniquement par écrit. L'Équitable n'assume aucune responsabilité quant aux promesses ou aux déclarations faites par d'autres personnes, y compris votre conseillère ou conseiller financier, votre courtière ou courtier, ou encore votre agente ou agent. Sans limiter la portée générale de l'énoncé ci-dessus, aucune des personnes agissant à titre de conseillère ou conseiller financier, courtière, courtier, agente ou agent n'a le droit de modifier les conditions ou les dispositions du présent contrat ou d'y renoncer.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Contrat (suite) :	Si une autorité législative ou de réglementation ayant compétence impose des exigences qui ont une incidence sur le présent contrat, l'Équitable peut unilatéralement apporter les changements requis à ce contrat.
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 des produits 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, administrateurs ou ses cessionnaires, si la ou le titulaire a le droit de désigner une nouvelle ou un nouveau bénéficiaire, ou encore une ou un bénéficiaire subsidiaire, dans la mesure permise en vertu des lois applicables.
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 la première, la prestation de décès payable sera versée comme s'il avait été déterminé que la personne assurée la plus âgée était décédée la première.
Déclaration erronée de l'âge ou du sexe :	<p>Si la date de naissance ou le sexe de l'une des personnes assurées est erroné, le montant payable au titre de cette couverture à la suite du premier décès à survenir parmi ces personnes assurées sera ajusté afin de correspondre au montant de la garantie de l'assurance vie qui aurait été souscrit si la prime avait été calculée selon l'âge et le sexe véritables de la personne assurée.</p> <p>Si la date ou le sexe d'une personne assurée indiqué sur un avenant est erroné, la prestation payable en vertu de cet avenant correspondra au montant d'assurance que ces primes auraient permis de souscrire d'après l'âge et le sexe véritables de la personne assurée.</p>
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 <i>Loi sur les assurances</i> ou par toute autre législation applicable.
Droit d'annulation :	Vous disposerez de 10 jours civils à partir de la date de réception du présent contrat pour l'annuler, à la 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 durant cette période, vous décidez d'annuler le présent contrat, toute prime payée en vertu du présent contrat jusqu'à la date de réception de votre demande d'annulation à l'Équitable vous sera remboursée. Le présent contrat sera ensuite réputé être nul dès sa création.
Exclusion de la prestation de décès – suicide :	<p>L'Équitable ne versera aucune prestation de décès si une personne assurée décède des suites d'un suicide, peu importe l'état de santé mentale de cette personne assurée, dans les deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) la date à laquelle le contrat entre en vigueur; ii) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat. <p>L'Équitable remettra à toute personne bénéficiaire un montant limité équivalant à la prime payée à la Compagnie pour la couverture ou les couvertures d'assurance en cause, moins toute avance sur contrat impayée (y compris l'intérêt), moins tout retrait effectué depuis la date de début de l'année contractuelle et moins tout autre montant déjà versé par la Compagnie. L'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle à l'égard du présent contrat.</p>

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Incontestabilité : En cas d'omission de divulguer un fait ou de la fausse déclaration d'un fait sur 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 (décrise 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'entraîneront 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.

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 d'un avenant.

Règlement de décès : Au premier décès à survenir parmi les personnes assurées en vertu de ce contrat, avant de verser le montant de la prestation au décès de la personne assurée en vertu de ce contrat, l'Équitable peut exiger que vous lui présentiez la police d'assurance et les preuves satisfaisantes suivantes :
a) une preuve du décès de la personne assurée;
b) une preuve de la date de naissance des personnes assurées;
c) une preuve du sexe des personnes assurées; et
d) une preuve du droit de la requérante ou du requérant de recevoir la prestation.

PRESTATION DE DÉCÈS

La prestation de décès versée à toute personne bénéficiaire de votre assurance vie entière Équimax est une part importante du présent contrat.

Prestation de décès : La prestation de décès sera payable à toute personne bénéficiaire si le présent contrat est en vigueur à la date du premier décès à survenir parmi les personnes assurées. Les montants payables au décès sont calculés à partir de la date à laquelle l'Équitable reçoit l'avis de décès de la personne assurée en vertu du présent contrat qui est décédée en premier.

La prestation de décès correspondra au total des montants suivants :

- a) le montant de l'assurance indiqué à la section intitulée « Description des garanties » de votre contrat; plus
- b) toute assurance libérée supplémentaire avec participation souscrite à l'aide de participations; plus
- c) la valeur de rachat de toute participation en dépôt portant intérêt chez l'Équitable en plus de l'intérêt accumulé; plus
- d) toute prestation payable en vertu d'un avenant sur la tête de la personne assurée; moins
- e) tout paiement de prime payable; moins
- f) toute dette payable en vertu du contrat;

ou, la prestation de décès sera le montant d'assurance fourni en vertu de l'option de l'assurance libérée réduite, si cette option est en vigueur.

À la date du début de la première année contractuelle, la prestation de décès Équimax initiale correspondra au montant assuré indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat.

Prestation de décès supplémentaire :

Si, au cours des 60 jours suivant le premier décès à survenir parmi les personnes assurées, une autre personne assurée devait décéder, nous verserions à la personne bénéficiaire une prestation de décès supplémentaire correspondant au montant total d'assurance en vigueur de la couverture d'assurance Équimax à la date du premier décès.

PRESTATION DE SURVIE

Le présent contrat prend fin au premier décès à survenir parmi les personnes assurées en vertu du présent contrat. Au premier décès à survenir parmi les personnes assurées, la personne assurée survivante peut demander, par écrit, dans un délai de 60 jours suivant le premier décès et sans preuve d'assurabilité, l'option de souscrire un régime d'assurance vie individuelle permanente pour un montant allant jusqu'à un montant maximal total d'assurance en vigueur à la date du premier décès et sous réserve d'un montant minimal de couverture nécessaire pour le nouveau contrat. La prime ou les frais relatifs au coût de l'assurance pour la nouvelle assurance vie permanente seront établis en fonction de l'âge atteint de la personne assurée survivante aux taux alors en vigueur pour une catégorie de risques similaire, comme déterminé par l'Équitable. La nouvelle couverture doit satisfaire aux minimums et maximums pour le montant de la couverture d'assurance, les primes et l'âge alors exigés par la Compagnie pour le produit choisi.

Tout avenant applicable à la personne assurée survivante et établi en vertu du présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès pourra être ajouté à la nouvelle couverture suivant disponibilité et sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

Si le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès comprend une exclusion, une exclusion similaire s'appliquera au nouveau contrat, de même que toute restriction liée à nos obligations contractuelles, y compris le type de couverture, le montant de couverture et la catégorie de risques de la couverture établis en vertu du présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès.

Toutes les modifications sont sous réserve de la réception d'une demande écrite au siège social de la Compagnie et des dispositions déterminées par l'Équitable à ce moment-là.

PRIME

Le terme « prime » est défini comme étant le montant que vous payez à l'Équitable pour votre contrat Assurance vie entière Équimax.

Tableau des primes : Représente la section de votre contrat qui indique le montant de la prime payable pour chacune des couvertures d'assurance en vertu de votre contrat.

Prime ou 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 à la section intitulée « Tableau des primes ».

La prime initiale est payable à la date du début de la première année contractuelle indiquée à la section intitulée « Particularités du contrat » du contrat.

Type de prime : Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax paiements à vie (indiquée dans le tableau des primes), les primes pour la couverture d'assurance Équimax sont payables jusqu'à la date du dernier anniversaire contractuel indiqué dans le tableau des primes. Si le contrat est toujours en vigueur à la date du dernier anniversaire contractuel indiqué dans le tableau des primes, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax 20 paiements (indiquée dans le tableau des primes), les primes de la couverture d'assurance Équimax sont payables pendant 20 ans à partir de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance Équimax indiquée à la section intitulée « Description des garanties ». Si, après 20 ans, le contrat est toujours en vigueur, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax 10 paiements (indiquée dans le tableau des primes), les primes de la couverture d'assurance Équimax sont payables pendant 10 ans à partir de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance Équimax indiquée à la section intitulée « Description des garanties ». Si, après 10 ans, le contrat est toujours en vigueur, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Primes et avenants : Si votre contrat a été établi avec tout avenir supplémentaire, comme indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat, les primes sont payables pour ces avenants supplémentaires comme l'indique le tableau des primes. Les primes pour ces avenants supplémentaires pourraient être exigées même si aucune autre prime n'est due pour la couverture d'assurance Équimax en vertu du présent contrat.

Taxe sur la prime : La prime ou les primes présentées à la section intitulée « Tableau des primes » du présent contrat comprennent une disposition relative à la taxe sur la prime.

Délai de grâce : Un délai de grâce de 31 jours, commençant à la date à laquelle la prime est exigible, vous est accordé pour le paiement complet de la prime exigible. Pendant le délai de grâce, votre contrat restera en vigueur. Si l'Équitable ne reçoit pas la prime exigible avant la fin du délai de grâce, votre contrat tombera en déchéance, votre couverture prendra fin et l'Équitable n'aura aucune autre obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

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

PRIME (suite)**Avance automatique de la prime :**

Si une prime n'est pas payée à l'échéance et reste impayée pour une période de 31 jours et que le contrat a une valeur de rachat, une avance automatique de la prime sera utilisée pour payer la prime. Grâce à l'avance automatique de la prime, la Compagnie puisera des fonds de la valeur de rachat du contrat pour avancer le montant de la prime à titre d'avance sur contrat.

Même si les primes impayées constituent une dette en vertu du contrat, vous pouvez recommencer le paiement des primes à tout moment tant que le contrat est en vigueur. À moins que vous ne précisez que les paiements servent au remboursement de l'avance, les paiements remis à l'Équitable seront affectés au paiement de la prime actuelle.

Lorsque la valeur de rachat n'est plus suffisante pour couvrir l'avance automatique de la prime, le contrat tombera en déchéance comme indiqué à la section intitulée « Délai de grâce ». Lorsque le contrat tombe en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Tout montant emprunté à l'aide d'une avance automatique de la prime sera considéré comme une dette en vertu du contrat et accumulera de l'intérêt à partir de la date à laquelle la prime est payable. L'intérêt imposé sur les avances automatiques de la prime sera déterminé selon un taux établi périodiquement par la Compagnie et accumulé quotidiennement à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avance. Chaque année, à l'anniversaire contractuel, si l'intérêt exigible sur une avance automatique de la prime n'est pas payé, l'Équitable ajoutera cet intérêt dû au solde de votre avance et de l'intérêt sera imputé en fonction du montant total de la dette au titre de votre contrat. Vous pouvez, en tout temps, pendant que le présent contrat est en vigueur, rembourser la totalité ou une partie des montants dus au titre du contrat, sous réserve d'un montant minimal déterminé par l'Équitable.

Si, à tout moment pendant que le présent contrat est en vigueur, la totalité de la dette au titre du présent contrat, y compris l'intérêt accumulé, est supérieure à la valeur de rachat, le présent contrat tombera en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Au premier décès à survenir parmi les personnes assurées en vertu du présent contrat, tout solde impayé de l'avance, y compris l'intérêt accumulé, sera déduit de la prestation de décès.

Remise en vigueur :

- a) Si votre contrat d'assurance vie entière Équimax tombe en déchéance à la fin du délai de grâce en raison du non-paiement d'une prime exigible, le contrat peut être remis en vigueur en effectuant le paiement de la prime en souffrance dans un délai supplémentaire de 30 jours suivant la fin du délai de grâce, mais seulement si toute personne assurée en vertu du contrat est en vie au moment où le paiement est effectué.
- b) Si votre contrat d'assurance vie entière Équimax tombe en déchéance et ne fait pas l'objet d'une remise en vigueur en vertu du paragraphe (a), le contrat pourra être remis en vigueur dans les deux ans suivant sa date de déchéance. Il suffit que vous présentiez une demande par écrit à cet effet et une preuve d'assurabilité à la satisfaction de l'Équitable (selon les lignes directrices en matière de tarification alors en vigueur déterminées par l'Équitable) de toutes les personnes assurées (en fonction de l'âge qu'elles auront alors atteint).

La demande de remise en vigueur du présent contrat doit être accompagnée d'un paiement égal à la somme de ce qui suit :

- i) les primes qui auraient été exigées si le contrat était resté en vigueur à partir de la date de déchéance du contrat jusqu'à la date de remise en vigueur; plus
- ii) l'intérêt accumulé sur le montant ci-dessus; plus
- iii) toute dette payable en vertu de ce contrat.

PRIME (suite)

Remise en vigueur (suite) :

Ces montants seront déterminés par l'Équitable au moment de la demande 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.

SAMPLE

VALEURS DU CONTRAT

L'assurance vie entière Équimax vous offre des valeurs garanties. La section intitulée « Tableau des valeurs garanties » de votre contrat affiche les valeurs garanties disponibles à la date de l'anniversaire applicable.

Valeur de rachat garantie :

La valeur de rachat indiquée à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » représente la valeur de rachat garantie associée à votre contrat.

Valeur de rachat :

Correspond à la valeur de rachat garantie indiquée à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » moins toute dette envers l'Équitable, plus la valeur au comptant de toute participation portée au crédit du présent contrat. Les participations ne sont pas garanties. Si vous demandez le rachat de votre contrat, la valeur de rachat vous sera versée dans un délai de 30 jours suivant la réception de votre demande écrite du rachat. Toutefois, nous nous réservons le droit de différer le paiement pour une période allant jusqu'à six mois après la date de réception de votre demande de rachat. Si nous différons le paiement pour une période de 30 jours ou plus, nous inclurons de l'intérêt, à un taux que nous déterminerons, et qui sera calculé à partir de la date de réception de votre demande de rachat.

Assurance libérée réduite :

Votre contrat est également pourvu d'une valeur garantie d'assurance libérée réduite, comme indiqué à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties ». Dans le cadre de cette option, si la valeur indiquée dans la colonne intitulée « Assurance libérée réduite » du tableau des valeurs garanties à la date de l'anniversaire applicable, vous pouvez opter par écrit de maintenir votre contrat en vigueur sous forme d'assurance libérée sans qu'aucune autre prime ne soit due.

La couverture d'assurance consistera en un montant réduit, et sera au moins égale au montant de l'assurance libérée réduite comme l'indique la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » à la date de l'anniversaire applicable.

Tout avenir lié au présent contrat prendra fin à la date d'entrée en vigueur de la modification du présent contrat en une assurance libérée réduite.

Une fois que l'option d'assurance libérée réduite est choisie, elle ne peut pas être changée. Le contrat d'assurance libérée réduite est admissible à recevoir des participations. Le mode d'affectation des participations s'appliquant à votre contrat d'assurance libérée réduite sera déterminé par l'Équitable lors de la réception de la demande de modification du contrat en une assurance libérée réduite, et sera sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

Veuillez noter que le fait de choisir l'option d'assurance libérée réduite peut entraîner des conséquences fiscales, donner lieu à un contrat non exonéré et votre contrat pourrait être assujetti à l'impôt.

L'option de l'assurance libérée réduite pourrait ne pas être offerte selon le montant d'assurance de base que vous avez souscrit au titre de la couverture d'assurance Équimax.

PARTICIPATIONS

Les participations pouvant s'accumuler en vertu de votre assurance vie entière Équimax sont une part importante du présent contrat.

Le présent contrat consiste en un contrat avec participation, ce qui signifie qu'il est admissible à la distribution de l'excédent sous forme de participations chaque année, à l'anniversaire contractuel. Les participations ne sont pas garanties. Elles sont sous réserve de modifications et varieront en fonction des revenus de placement réels du compte des contrats avec participation, également des résultats techniques de mortalité, des dépenses, de déchéance, des réclamations, des impôts et d'autres résultats du bloc de contrats avec participation. Les participations sont versées à la discrétion exclusive du conseil d'administration de la Compagnie.

Selon la proposition d'assurance vie du présent contrat, vous avez choisi d'affecter les participations selon l'un des modes suivants. Si vous n'avez pas choisi un mode d'affectation des participations sur votre proposition d'assurance, ces dernières seront affectées à votre contrat selon l'avenant joint au présent contrat. Il vous est possible de demander que votre mode d'affectation des participations soit changé en nous fournissant un avis écrit nous mentionnant la nouvelle option. Tout changement de mode d'affectation des participations est sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur, et peut demander de fournir une preuve de bonne santé continue et d'assurabilité des personnes assurées. Aucun changement ne pourra être effectué en ce qui a trait au mode d'affectation des participations de protection accrue.

Modes d'affectation des participations :

Au comptant : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement vous sera payée directement en argent comptant. Les participations payées au comptant pourraient entraîner des conséquences fiscales et il se peut que vous ayez à déclarer la totalité ou une partie des paiements reçus aux fins de l'impôt.

Réduction de la prime : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à réduire la prime actuelle exigible en vertu du contrat. Si, à l'avenir, les participations payables suffisent pour payer la totalité de votre prime, l'excédent, le cas échéant, vous sera versé au comptant. Les participations payées au comptant pourraient entraîner des conséquences fiscales et il se peut que vous ayez à déclarer la totalité ou une partie des paiements reçus aux fins de l'impôt.

Bonifications

d'assurance libérée : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à souscrire une assurance libérée qui sera payable au même moment que la prestation de décès.

Dépôt portant intérêt : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement sera déposée auprès de l'Équitable. Les participations déposées auprès de l'Équitable accumuleront de l'intérêt composé à un taux établi par la Compagnie de temps à autre. Chaque année, l'intérêt gagné sera déclaré comme étant votre revenu d'intérêt annuel.

Protection accrue : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à souscrire le montant d'une assurance temporaire d'un an. L'assurance entrera en vigueur à l'anniversaire contractuel où la participation sera créditez. Si la participation créditez est supérieure au montant requis pour souscrire une assurance temporaire d'un an, le solde de la participation servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

Assurance temporaire d'un an :

L'assurance temporaire d'un an est une assurance supplémentaire sans participation payable au premier décès parmi les personnes assurées au cours de la première année contractuelle ou au cours de toute année contractuelle subséquente pendant laquelle elle a été souscrite. Le montant de l'assurance temporaire d'un an au cours de la première année contractuelle est établi automatiquement et correspond au montant accru initial indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat. L'assurance temporaire d'un an n'est pas admissible aux participations et n'a pas de valeur de rachat.

PARTICIPATIONS (suite)

**Protection accrue
(suite) :**

Assurance temporaire d'un an (suite) :

Le montant de l'assurance temporaire d'un an au cours des années suivantes correspondra au moindre des montants suivants :

- a) le montant pouvant être souscrit à l'aide de participations; et
- b) le montant accru initial moins toute assurance libérée avec participation en vigueur.

Une fois que le montant accru initial moins tout montant d'assurance libérée avec participation en vigueur sera égal à zéro et que la souscription d'une assurance temporaire d'un an n'est plus nécessaire, toute participation portée au crédit servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

Garantie de protection accrue viagère :

En vertu du mode d'affectation des participations de la protection accrue, le présent contrat comprend la disposition de la garantie de protection accrue viagère s'appliquant au montant de l'assurance temporaire d'un an.

La garantie de protection accrue viagère signifie que, pendant toute la durée de ce contrat lorsque l'option de protection accrue est en vigueur, l'Équitable garantit que le montant de l'assurance temporaire d'un an sera égal au montant accru initial moins toute assurance libérée supplémentaire avec participation en vigueur tant que le paiement de toutes les primes en vigueur est à jour et que l'assurance libérée n'a pas été résiliée en échange de sa valeur de rachat. Cette garantie prendra fin dès que l'assurance libérée est rachetée contre sa valeur de rachat.

Cette disposition de garantie de protection accrue viagère se terminera automatiquement si l'un des événements ci-dessous survient :

- a) le contrat tombe en déchéance;
- b) le contrat est résilié pour la souscription d'une assurance libérée réduite; ou
- c) le mode d'affectation des participations en vigueur est changé pour un tout autre mode que celui de la protection accrue après l'établissement du contrat.

Si, à tout moment, une assurance libérée avec participation souscrite à l'aide de participations est rachetée contre sa valeur de rachat au lieu de souscrire une assurance temporaire d'un an comme décrit ci-dessus, le montant accru initial sera diminué d'un montant correspondant à la somme assurée de l'assurance libérée supplémentaire avec participation rachetée. La réduction du montant accru initial sera permanente.

Le montant accru initial dépend de l'âge, du sexe et de la catégorie de risques des personnes assurées. Si la date de naissance ou le sexe de l'une des personnes assurées est erroné, le montant accru initial sera ajusté selon le montant qui aurait été souscrit si le montant accru initial avait été calculé d'après l'âge ou le sexe véritable des personnes assurées.

Transformation :

À tout moment, avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 71^e anniversaire de naissance de la personne aînée parmi les personnes assurées alors que toutes les personnes assurées sont en vie et que le mode d'affectation de protection accrue est en vigueur, une partie ou la totalité du montant de l'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation de protection accrue, pourra être transformée, sans preuve d'assurabilité, en une couverture d'assurance vie permanente conjointe premier décès établie par la Compagnie au moment de la transformation et sera assujettie aux règles administratives et lignes directrices de la Compagnie en vigueur à ce moment-là.

PARTICIPATIONS (suite)

Protection accrue (suite) :

Transformation (suite) :

Le nouveau contrat ne pourra être d'une somme assurée supérieure à celle de l'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation des participations de protection accrue au moment de la transformation, et devra satisfaire aux limites minimales et maximales, que nous aurons exigées à ce moment-là, relatives au montant de couverture d'assurance, aux primes et à l'âge en relation avec le produit sélectionné. Les primes et les frais relatifs au coût de l'assurance pour la nouvelle couverture d'assurance seront établis en fonction de l'âge atteint des personnes assurées, aux taux alors en vigueur pour une catégorie de risques similaire, comme déterminé par l'Équitable au moment de la transformation. Si vous demandez une catégorie de risques améliorée au moment de la transformation, la demande sera sous réserve de notre consentement et de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

Si le nouveau contrat contient des avenants, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par la Compagnie pourront être exigées.

Si les primes du contrat Équimax sont exonérées en vertu des dispositions prévues par une garantie d'exonération de primes en cas d'invalidité et que l'assurance temporaire d'un an est transformée, les primes ne seront pas exonérées et seront payables au titre du nouveau contrat transformé.

Le montant d'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation de protection accrue sera diminué du montant transformé. La réduction s'appliquera au montant accru initial décrit dans les dispositions de la protection accrue ci-dessus.

Une fois l'assurance temporaire d'un an transformée, le mode d'affectation des participations sera changé pour celui des bonifications d'assurance libérée, et toute assurance libérée avec participation existante alors en vigueur s'appliquera conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée. Toute participation portée au crédit servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

ACCÈS AUX VALEURS DU CONTRAT

Avances sur contrat : À tout moment, pendant que le présent contrat vie entière Équimax est en vigueur, et s'il a une valeur de rachat, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur, vous pouvez demander une avance sur contrat à l'Équitable afin d'utiliser votre contrat en tant que garantie de remboursement de l'avance.

Le montant maximal que vous pouvez emprunter de la valeur de rachat alors en vigueur sera sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment de la demande de l'avance; cependant, le montant de l'avance ne peut dépasser 90 % de la valeur de rachat disponible moins toute dette existante en vertu du présent contrat.

Le fait de contracter une avance sur contrat à partir de la valeur de rachat de votre contrat d'assurance vie entière Équimax pourrait entraîner des conséquences fiscales et l'assujettissement à l'impôt.

Une avance sur contrat ne sera accordée que lorsque l'Équitable aura reçu une demande d'avance dûment remplie. Habituellement, une avance sur contrat peut être obtenue dans un délai de 30 jours suivant la réception de la demande d'avance dûment remplie au siège social de l'Équitable à Waterloo, en Ontario. Cependant, nous nous réservons le droit de différer l'avance pour une période allant jusqu'à six mois.

L'intérêt imposé sur les avances sur contrat sera déterminé selon un taux établi périodiquement par la Compagnie et accumulé quotidiennement à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avance.

ACCÈS AUX VALEURS DU CONTRAT (suite)

Avances sur contrat (suite) :

Chaque année, à l'anniversaire contractuel, si l'intérêt exigible sur une avance sur contrat n'est pas payé, l'Équitable ajoutera l'intérêt dû au solde de votre avance et de l'intérêt sera imputé en fonction du montant total de la dette au titre de votre contrat. Vous pouvez, en tout temps, pendant que votre contrat est en vigueur, rembourser la totalité ou une partie des montants dus au titre du contrat, sous réserve du montant minimal déterminé par l'Équitable.

Si, à tout moment pendant que le présent contrat est en vigueur, la totalité de la dette au titre du présent contrat, y compris l'intérêt accumulé, est supérieure à la valeur de rachat, le présent contrat tombera en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Au premier décès à survenir parmi les personnes assurées en vertu du présent contrat, tout solde impayé de l'avance sur contrat, y compris l'intérêt accumulé, sera déduit de la prestation de décès.

Accès à la valeur de rachat générée par les participations :

Selon le mode d'affectation des participations choisi avec votre contrat d'assurance vie entière Équimax, vous avez la possibilité d'accéder à la valeur de rachat supplémentaire générée par les participations. Les participations ne sont pas garanties. Il est important de prendre note que le rachat d'assurance libérée pour sa valeur de rachat ou le retrait de la valeur de rachat à partir des participations laissées en dépôt auprès de l'Équitable pourrait entraîner des conséquences fiscales et l'assujettissement à l'impôt.

Rachat des bonifications d'assurance libérée :

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée ou de protection accrue en vertu du présent contrat, vous pouvez demander, à tout moment, le rachat de l'assurance libérée avec participation souscrite à l'aide de participations, pourvu qu'elle n'ait pas été utilisée en vertu d'une autre disposition contenue dans le présent contrat. Vous recevrez la valeur de rachat associée à l'assurance libérée avec participation que vous achetez.

Il importe de noter qu'en résiliant l'assurance libérée avec participation pour couvrir un retrait au comptant, vous perdrez la garantie de protection accrue viagère associée au mode d'affectation des participations de protection accrue.

Participations laissées en dépôt :

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations de dépôt portant intérêt en vertu du présent contrat, vous pouvez retirer la valeur de rachat des participations laissées en dépôt auprès de l'Équitable plus l'intérêt accumulé, à tout moment, pourvu qu'elle n'ait pas été utilisée en vertu d'une autre disposition contenue dans le présent contrat.

PRESTATION DU VIVANT

La prestation du vivant vous permet de faire la demande d'un paiement de la valeur de rachat du présent contrat si une personne assurée devenait invalide en raison d'une déficience mentale ou physique grave suivant la description ci-dessous.

Tout versement de la prestation du vivant sera prélevé de la valeur de rachat de votre contrat, ce qui aura pour effet de réduire la prestation de décès de votre contrat. Tout versement de la prestation du vivant sera d'abord prélevé de toute valeur de rachat non garantie générée par les participations, le cas échéant, et sera ensuite prélevé de la valeur de rachat garantie. Tout versement de la prestation du vivant prélevé de la valeur de rachat garantie aura pour effet de réduire le montant d'assurance de base indiqué à la page intitulée « Description des garanties » de votre contrat.

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations de protection accrue, le versement de la prestation du vivant annulera la garantie de protection accrue qui s'applique à votre contrat.

La prestation du vivant peut être versée sous réserve des conditions suivantes et de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement :

- a) un seul versement de la prestation du vivant par contrat est permis au cours de toute année contractuelle;
- b) les montants minimal et maximal du versement de la prestation du vivant au cours d'une année contractuelle seront sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement; et
- c) les frais pouvant s'appliquer pour les retraits effectués en vertu de la prestation du vivant seront sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement.

Le versement de la prestation du vivant pourrait ne pas être offert si vous avez cédé le présent contrat ou si vous avez désigné une personne bénéficiaire irrévocable au titre du présent contrat. Le versement de la prestation du vivant pourrait ne pas être offert si la personne assurée, après évaluation, présente un risque de santé aggravé.

Vous pourriez être en mesure de bénéficier du versement de la prestation du vivant moyennant une autorisation écrite transmise à l'Équitable, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur et de la législation fiscale en vigueur à ce moment-là.

Le fait d'être admissible au versement de la prestation du vivant ne garantit pas que votre contrat restera en vigueur. Si vous n'avez pas choisi d'ajouter un avenant d'exonération des primes au présent contrat sur la tête de la personne assurée à qui s'applique ce versement de la prestation du vivant, ou si l'avenant d'exonération des primes est expiré, résilié ou que la personne assurée ne satisfait pas à toutes les conditions pour être admissible à la prestation de l'avenant d'exonération des primes, vous devez continuer à payer des primes suffisantes pour maintenir votre contrat en vigueur.

Si vous choisissez de prendre la totalité de la valeur de rachat de votre contrat comme versement de la prestation du vivant, votre contrat sera alors résilié et l'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle en vertu du présent contrat.

PRESTATION DU VIVANT (suite)

Afin de recevoir le versement de la prestation du vivant, vous devez fournir, à vos frais, des preuves écrites attestant des troubles physiques ou mentaux graves d'une personne assurée de la part d'une ou d'un médecin qualifié et autorisé à exercer la médecine au Canada et jugées satisfaisantes par l'Équitable. La personne assurée en question doit être en vie au moment de la demande de versement de la prestation du vivant. La durée du trouble doit s'étendre sur une période d'au moins 90 jours et :

- a) avoir nettement restreint la capacité de cette personne assurée à exercer une des activités de la vie quotidienne suivantes :
 - i) percevoir, penser et mémoriser;
 - ii) se nourrir et s'habiller;
 - iii) parler afin d'être compris dans un endroit tranquille par une autre personne qui connaît cette personne assurée;
 - iv) entendre afin de comprendre dans un endroit tranquille une autre personne qui connaît cette personne assurée;
 - v) effectuer les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale; ou
 - vi) marcher;

- ou b) i) si la personne assurée travaille normalement, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de sa profession ou de son emploi; ou
 - ii) si la personne assurée ne travaille pas normalement, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de toute profession ou de tout emploi pour lequel elle est qualifiée ou peut raisonnablement devenir qualifiée en raison de sa scolarisation, de sa formation ou de son expérience; ou
 - iii) si la personne est normalement responsable de l'entretien d'une maison ou des soins des membres de sa famille immédiate, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de l'entretien de cette maison ou des soins de ces personnes;

et ce trouble, en vertu des alinéas a) ou b) ci-dessus, doit être le résultat d'une ou de plusieurs des causes suivantes :

- SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise)
ou infection par le HTLV-III ou VIH
- Maladie d'Alzheimer
- Cancer ou tumeur
- Maladie coronarienne, infarctus du myocarde
ou insuffisance cardiaque congestive
- Insuffisance ou maladie rénale chronique
ou maladie du foie chronique
- Perte d'un membre
- Maladie du motoneurone
- Dystrophie musculaire
- Paralysie, paraplégie ou quadriplégie
- Greffe d'un organe vital
- Brûlures au troisième degré
sur plus de 50 % du corps
- Sclérose en plaques
- Hépatite
- Accident vasculaire cérébral avec ou sans paralysie
- Chorée de Huntington

- ou c) avoir entraîné la perte totale et permanente de la vision des deux yeux, ou de l'usage des deux mains, des deux pieds ou d'une main et d'un pied;
- ou d) la ou le médecin s'attend à ce que la déficience ou la maladie ou la blessure qui a causé cette déficience entraîne le décès de la personne assurée dans les 24 mois suivant la date du diagnostic.

Affections préexistantes :

Aucune prestation du vivant ne sera payable si nous déterminons qu'une personne assurée, qui aurait autrement été admissible à la prestation du vivant, souffrait de cette invalidité à la date du début de la première année contractuelle ou à la date de la dernière remise en vigueur. Cette détermination sera fondée sur l'état de santé précisé dans la proposition ou sur ce que l'on peut raisonnablement déduire existait au moment de la proposition, dans une déclaration d'état de santé connexe ou selon d'autres renseignements exigés par l'Équitable.

Exclusions :

Aucune prestation du vivant ne sera payable si la personne assurée reçoit le diagnostic d'une affection couverte découlant directement ou indirectement de ce qui suit :

- a) une tentative de suicide ou une blessure infligée à soi-même, peu importe l'état de santé mentale de cette personne assurée;
- b) le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel; ou
- c) une grossesse normale ou un accouchement normal.

PRESTATION DU VIVANT (suite)

Imposition : À la date du début de la première année contractuelle du présent contrat, la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et ses règlements* stipulent qu'un versement effectué aux termes d'un contrat à titre de prestation d'invalidité ne constitue pas une disposition d'un intérêt dans un contrat d'assurance vie. Par conséquent, à compter de la date du début de la première année contractuelle du présent contrat, les prestations d'invalidité ne sont pas assujetties à l'impôt sur le revenu. Cependant, l'Équitable ne garantit pas que le versement de la prestation du vivant ne sera pas assujetti à l'impôt sur le revenu au moment du versement. De plus, il se peut qu'il ne soit pas dans votre intérêt véritable de vous prévaloir du versement de la prestation du vivant si la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et ses règlements* devaient éventuellement changer.

PRESTATION DE CONSULTATION POUR PERSONNES EN DEUIL

Au premier décès à survenir parmi les personnes assurées couvertes par le présent contrat et au moment du paiement de la prestation de décès, l'Équitable fournira une prestation de consultation pour les personnes en deuil à toute personne bénéficiaire au titre du présent contrat d'assurance vie entière Équimax. L'Équitable remboursera à toute personne bénéficiaire un maximum de 1 000 \$ des frais de consultation si les règles suivantes sont respectées :

- toute personne bénéficiaire présente les reçus dans les 12 mois suivant la date du décès de la personne assurée qui est décédée la première; et
- l'agrément ou l'accréditation professionnelle de la conseillère ou du conseiller est jugée appropriée par l'Équitable.

Le remboursement est assujetti aux pratiques administratives de l'Équitable au moment de la demande.

Peu importe le nombre de personnes bénéficiaires désignées en vertu du présent contrat, 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 des bénéficiaires. Ce remboursement se fera seulement après réception des reçus appropriés.

PROTECTION CONTRE LES CRÉANCIERS

Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax peut fournir à la ou au titulaire du présent contrat, sous réserve de certaines conditions, une protection contre les créanciers.

STATUT FISCAL

Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax est établi dans l'intention de le garder exonéré d'impôt sur le revenu accumulé en vertu des dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et des règlements* en vigueur à la date du début de la première année contractuelle.

L'Équitable se réserve le droit de modifier le présent contrat et sa façon de le gérer comme le prévoient les modifications de la législation et du règlement qui touchent le présent contrat, et de maintenir le contrat exonéré de l'imposition sur le revenu accumulé.

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 spécifique des prestations, payables en une somme forfaitaire au premier décès parmi les personnes assurées en vertu du présent contrat, soit affecté au titre de l'une des options de paiement ci-dessous, si disponible, et sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment où la prestation devient payable :

- a) Versement 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 exigés par l'Équitable.

OPTIONS DE RÈGLEMENT (suite)

- 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 alors offert par l'Équitable, et ce, sous réserve de montants minimaux et maximaux exigés par l'Équitable.
- c) Produit en dépôt – le montant précisé serait laissé en dépôt auprès de l'Équitable pour une période convenue par l'Équitable. 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 paiement alors offerte par l'Équitable.

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

Toute personne bénéficiaire, ayant le droit aux prestations au premier décès parmi les personnes assurées, peut aussi sélectionner une des options ci-dessus relativement aux prestations applicables, 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 paiements mensuels. Toute personne bénéficiaire devra nous fournir les renseignements personnels nécessaires pour l'entrée en vigueur de la rente.

OPTION DE SOUSCRIRE DES CONTRATS INDIVIDUELS

À tout anniversaire contractuel précédent celui qui est le plus rapproché du 75^e anniversaire de naissance de la personne assurée la plus âgée et moyennant une preuve de changement important de la relation des personnes assurées en vertu du présent contrat, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur à ce moment-là, la ou le titulaire peut faire une demande écrite pour racheter le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès et, sans preuve d'assurabilité, choisir une nouvelle couverture en vertu d'un régime d'assurance vie individuelle permanente sur la tête de toutes les personnes assurées en vertu du présent contrat. Chaque nouveau contrat d'assurance vie individuelle permanente peut être d'un montant jusqu'à concurrence du montant d'assurance Équimax en vigueur au moment du rachat, sous réserve d'un montant minimal de couverture exigé par le nouveau contrat. La définition du terme « changement important de la relation » sera déterminée par nous.

La demande pour souscrire des contrats individuels doit être soumise à l'Équitable 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 soumise à l'Équitable, conformément à nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La prime ou les frais relatifs au coût de l'assurance des nouvelles couvertures en vertu du régime d'assurance vie permanente individuelle seront calculés en fonction de l'âge atteint de chacune des personnes assurées aux taux alors en vigueur, pour une catégorie de risques semblable que nous aurons déterminée. Toute nouvelle couverture doit respecter les minimums et les maximums alors exigés par nous pour le montant de la couverture d'assurance, les primes et l'âge au moment de la demande pour le type de produit choisi. Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès prendra fin au moment où la nouvelle ou les nouvelles couvertures en vertu d'un régime d'assurance vie individuelle permanente sont établies.

Veuillez noter que le rachat du présent contrat d'assurance vie Équimax conjointe premier décès pourrait entraîner des conséquences fiscales et l'assujettissement à l'impôt.

Si les primes afférentes au présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès sont exonérés en vertu de la disposition d'exonération en cas d'invalidité, et que nous avons reçu la demande écrite en vue de la souscription de contrats individuels, les primes ou les frais relatifs au coût de l'assurance NE seront PAS exonérés en vertu des nouveaux contrats et seront payables pour toute nouvelle couverture souscrite en vertu d'un régime d'assurance vie permanente pour les personnes assurées par l'entremise de cette disposition.

Tous les avenants établis avec le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès, pourra être ajouté à la nouvelle couverture suivant disponibilité et sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

OPTION DE SOUSCRIRE DES CONTRATS INDIVIDUELS (suite)

Si le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès contient des exclusions, des exclusions semblables s'appliqueront au nouveau contrat, de même que toute restriction liée à nos obligations contractuelles, y compris le type de couverture, le montant de couverture et la catégorie de risques de la couverture établis avec le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe premier décès.

Toutes les modifications sont sous réserve de la réception, au siège social de la Compagnie, de toute demande écrite de la part de la ou du titulaire et des conditions que nous avons définies à ce moment.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR

À tout moment, pendant que le contrat est en vigueur, vous pouvez demander l'ajout de l'option de dépôt Excelérateur au titre du présent contrat, sous réserve de nos critères de tarification, de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment où nous recevons votre demande d'ajout de l'option de dépôt Excelérateur.

Si nous approuvons l'ajout de l'option de dépôt Excelérateur au présent contrat, les dispositions applicables sont énoncées dans la présente section Option de dépôt Excelérateur de votre contrat.

L'option de dépôt Excelérateur vous permet d'effectuer des paiements supplémentaires (« paiements au titre de l'ODE »), en sus des primes au titre du contrat, pour la souscription d'assurance libérée avec participation, sous réserve de nos règles administratives et nos critères de tarification en vigueur lorsque vous effectuez la demande de l'option de dépôt Excelérateur et lorsque vous effectuez un paiement au titre de l'ODE. Des frais (frais relatifs aux primes) s'appliquent à chaque paiement au titre de l'ODE afin de couvrir les frais d'administration. Les frais relatifs aux primes applicables sont établis par l'Équitable et ne sont pas garantis. L'assurance libérée avec participation souscrite en vertu de l'option de dépôt Excelérateur s'ajoute à l'assurance libérée avec participation souscrite à l'aide des participations générées par le contrat. Afin d'effectuer des paiements au titre de l'ODE, vous devez avoir choisi les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue comme mode d'affectation des participations.

**Paiement unique
au titre de l'ODE :**

Le paiement unique au titre de l'ODE renvoie à un seul paiement au titre de l'ODE. Le paiement unique au titre de l'ODE peut être effectué à tout moment, sous réserve de nos règles administratives, limites de paiement et critères de tarification en vigueur au moment d'effectuer votre paiement.

**Paiements prévus
au titre de l'ODE :**

Les paiements prévus au titre de l'ODE renvoient aux paiements prévus mensuellement ou annuellement au titre de l'ODE.

Si nous approuvons votre demande de paiements mensuels ou annuels prévus au titre de l'ODE, vous disposerez d'un délai de 60 mois à compter de la date à laquelle la demande de l'option de dépôt Excelérateur a été signée pour effectuer votre paiement initial.

Si vous omettez ou sautez un paiement prévu au titre de l'ODE, ou que votre paiement est inférieur au montant de paiement prévu approuvé au titre de l'ODE, le montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer à l'avenir pourrait être limité conformément aux règles administratives et aux lignes directrices en vigueur lors du paiement au titre de l'ODE et le paiement maximal au titre de l'ODE que nous serons en mesure d'accepter pourrait être inférieur au montant prévu.

La date d'exigibilité de votre paiement prévu au titre de l'ODE dépendra de la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat. Si la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat est mensuelle, la date d'exigibilité des paiements prévus au titre de l'ODE est l'anniversaire contractuel mensuel et correspond à la date à laquelle la prime mensuelle de votre contrat est exigible. Si la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat est annuelle, la date d'exigibilité des paiements prévus au titre de l'ODE est l'anniversaire contractuel et correspond à la date à laquelle la prime annuelle de votre contrat est exigible.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR (suite)

**Paiements prévus
au titre de l'ODE
(suite) :**

Si tout paiement au titre de l'ODE n'est pas reçu dans les 60 mois suivant la date à laquelle le dernier paiement au titre de l'ODE a été reçu, l'option de dépôt Excelérateur ne sera plus en vigueur. L'option de dépôt Excelérateur peut être remise en vigueur en soumettant une demande écrite et une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons.

Modifications :

Vous pouvez choisir d'ajouter l'option de dépôt Excelérateur après la date du début de la première année contractuelle et effectuer des paiements prévus au titre de l'ODE à votre contrat, sous réserve de nos règles administratives et de nous fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons. Il se pourrait qu'une limite soit imposée au montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer et ce montant est sous réserve de notre approbation.

En tout temps, vous pouvez demander une augmentation du montant de vos paiements prévus au titre de l'ODE. Des preuves d'assurabilité supplémentaires peuvent être exigées. Il se pourrait qu'une limite soit imposée au montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer et ce montant est sous réserve de notre approbation.

Vous pouvez demander l'arrêt de vos paiements au titre de l'ODE à tout moment et pourrez les reprendre sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité supplémentaires, à condition que vous repreniez vos paiements au titre de l'ODE dans les 60 mois suivant la date à laquelle le dernier paiement au titre de l'ODE a été reçu. Le montant des paiements au titre de l'ODE que vous pouvez effectuer pourrait être limité conformément aux règles administratives et aux lignes directrices en vigueur lors du paiement au titre de l'ODE et le paiement maximal au titre de l'ODE que nous serons en mesure d'accepter pourrait être inférieur au montant prévu. Si vous reprenez vos paiements au titre de l'ODE plus de 60 mois après l'arrêt des paiements de l'ODE, vous devrez d'abord nous fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes que nous exigeons.

Vous pouvez effectuer des paiements au titre l'ODE que si le mode d'affectation des participations choisi en vertu de votre contrat Équimax demeure les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue. Si vous décidez de changer votre mode d'affectation des participations pour un mode autre que les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue, les paiements au titre de l'ODE ne seront plus acceptés.

Toute modification de l'option de dépôt Excelérateur et tout ajout à son égard doivent être présentés à la Compagnie par écrit, à notre siège social à Waterloo, en Ontario.

**Date d'entrée en vigueur
de l'option de dépôt
Excelérateur :**

La date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur est établie comme suit : a) si la demande est effectuée à l'établissement du contrat Équimax, la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur est la même que la date du début de la première année contractuelle, comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat »; ou b) si la demande est effectuée ou une nouvelle demande est effectuée après la date du début de la première année contractuelle, la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur correspond alors à la date de réception du premier paiement au titre de l'ODE suivant l'approbation de la demande ou de la nouvelle demande.

**Avenants d'assurance
vie temporaire :**

Si une couverture d'assurance temporaire sous forme d'avenant en vigueur en vertu du présent contrat s'applique à l'une ou l'autre des personnes assurées, elle pourrait vous permettre d'augmenter votre paiement prévu au titre de l'ODE, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur. La possibilité d'augmenter votre paiement au titre de l'option de dépôt Excelérateur sera sous réserve de nos règles administratives et de nous fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR (suite)

Avenants d'assurance vie temporaire (suite) :

Si nous approuvons l'augmentation du montant de paiement prévu au titre de l'ODE et que vous résiliez par la suite une couverture sous forme d'avenant d'assurance temporaire, nous nous réservons le droit de racheter l'assurance libérée avec participation en contrepartie de sa valeur de rachat et de vous la verser afin que le contrat demeure exonéré d'impôt sur les gains accumulés. Nous nous réservons également le droit de résilier l'option de dépôt Excelérateur ou de limiter le montant des paiements subséquents prévus au titre de l'ODE que nous accepterons. Le rachat de votre assurance libérée en contrepartie de sa valeur de rachat pourrait entraîner des conséquences fiscales pour vous.

Exonération :

Si les primes du contrat sont exonérées, vous pouvez poursuivre les paiements au titre de l'ODE. Aucune augmentation ou aucun ajout aux paiements au titre de l'ODE n'est autorisé lorsque l'exonération des primes est en vigueur. Si vous effectuez des paiements au titre de l'ODE au début de la période d'exonération des primes et décidez ensuite d'arrêter vos paiements pendant cette même période d'exonération des primes, vous ne pourrez pas reprendre les paiements au titre de l'ODE lorsque l'exonération des primes est en vigueur.

Exclusion de la prestation de décès - suicide :

Si l'une des personnes assurées, peu importe l'état de santé mentale de cette personne assurée, décède des suites d'un suicide dans les deux années qui suivent la demande approuvée de l'option de dépôt Excelérateur, la responsabilité de la Compagnie en vertu de l'option de dépôt Excelérateur se limitera au montant des paiements au titre l'ODE, moins la valeur de rachat de toute partie des bonifications d'assurance libérée rachetée au cours de cette période de deux ans.

Incontestabilité :

Sauf dans les cas de fraude ou de déclaration erronée de l'âge ou du sexe, les déclarations contenues dans la demande de l'option de dépôt Excelérateur seront considérées comme étant véridiques et incontestables deux ans après la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur.

Imposition :

Le présent contrat est établi dans l'intention de le garder exonéré d'impôt sur le revenu accumulé en vertu des dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada* et des règlements en vigueur à la date du début de la première année contractuelle. Afin de maintenir le statut d'exonération de votre contrat, nous nous réservons le droit d'imposer une limite au montant de paiement effectué au titre de l'ODE ou de racheter l'assurance libérée avec participation en contrepartie de sa valeur de rachat et de vous la verser. Le rachat de votre assurance libérée en contrepartie de sa valeur de rachat pourrait entraîner des conséquences fiscales pour vous.

DÉFINITIONS

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre contrat d'assurance vie entière Équimax. 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 :	Signifie l'âge de la personne assurée à son anniversaire le plus rapproché.
Anniversaire contractuel :	Signifie le jour et le mois qui, chaque année, coïncident avec la date du début de la première année contractuelle, comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat ». Les années contractuelles et mois contractuels sont également calculés à partir de la date du début de la première année contractuelle du présent contrat.
Avenant :	Signifie une garantie supplémentaire souscrite et établie par l'Équitable telle que décrite à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat. Les dispositions et conditions des avenants applicables au présent contrat sont décrites aux pages des avenants jointes au présent contrat d'assurance vie entière Équimax.
Bénéficiaire ou bénéficiaires :	Signifie toute personne bénéficiaire désignée par la ou le titulaire du contrat pour recevoir la prestation au dernier décès à survenir parmi les personnes assurées au titre du présent contrat d'assurance vie entière Équimax. 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 au dernier décès à survenir parmi les personnes assurées désignées au titre du présent contrat si ce changement est permis par les lois applicables. L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada versera tout montant dû au décès de la personne assurée à toute personne qui aura la désignation de bénéficiaire à la date du dernier à survenir parmi les personnes assurées.
Catégorie de risques :	Signifie l'évaluation de la Compagnie du risque de mortalité d'une personne assurée. La catégorie de risques de la personne assurée dépend des déclarations sur la proposition d'assurance ainsi que des renseignements médicaux ou autres reçus et évalués par la Compagnie. Une évaluation normale ou standard du risque 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 de primes applicables au contrat. Le risque de mortalité fait référence à la probabilité de décès.
Compagnie :	Les termes « nous », « notre », « nos », l' « Équitable » et la « Compagnie » désignent L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.
Couverture d'assurance :	Signifie les différentes garanties qui s'appliquent en vertu du présent contrat d'assurance vie entière Équimax et qui sont indiquées à la section intitulée « Description des garanties » ainsi que dans celle intitulée « Tableau des primes ». Elle comprend la garantie Équimax, ainsi que toute garantie ajoutée par l'entremise d'avenants offerts.
Date à laquelle le contrat entre en vigueur :	<p>Signifie la dernière des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) soit : i) au Québec, la date à laquelle l'Équitable accepte le contrat d'assurance sans modification; ou ii) dans les provinces autres que le Québec, la date à laquelle le contrat d'assurance vous a été livré; et b) la date à laquelle le montant total de la prime initiale a été payé à la Compagnie; <p>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.</p>

DÉFINITIONS (suite)

Date d'entrée en vigueur :	Signifie la date de chaque couverture d'assurance indiquée à la section intitulée « Description des garanties ».
Date de la signature de la ou du titulaire :	Signifie la date à laquelle la ou le titulaire a signé la proposition d'assurance au titre du présent contrat ou, s'il y a plus d'un titulaire, la dernière des dates à laquelle les titulaires ont signé la proposition d'assurance au titre du présent contrat.
Début de la première année contractuelle :	Signifie la date indiquée à la section intitulée « Particularités du contrat ».
Description des garanties :	Signifie le tableau des garanties associées aux personnes assurées comme l'indique la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat.
Dettes :	Signifie la somme des avances sur contrat en souffrance ainsi que des avances automatiques de la prime et de l'intérêt accumulé sur ces avances.
Jour ouvrable :	Signifie tout jour autre que le samedi, le dimanche et tous les jours fériés applicables dans la province où se trouve le siège social de la Compagnie.
Personne assurée ou personnes assurées :	Signifie les personnes à qui se rapporte l'assurance vie reliée au présent contrat. Il se peut qu'une ou plusieurs des personnes assurées ne soient pas forcément titulaires du présent contrat d'assurance vie entière Équimax.
Primes :	Signifie les montants versés à l'Équitable et affectés à ce contrat d'assurance vie entière Équimax.
Titulaire :	Signifie toute personne proposante et toute personne titulaire comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat ». Les termes « vous », « votre », « vos » et « titulaire » renvoient à toute personne proposante et 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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les dispositions générales qui s'appliquent à votre contrat d'assurance vie entière Équimax.

Avec participation : Le présent contrat, à l'exception de tout avenant pouvant être annexé à ce contrat, consiste en un contrat avec participation de la Compagnie. À titre de contrat avec participation, le présent contrat est admissible aux bénéfices distribuables du compte des contrats avec participation sous forme de participations à chaque anniversaire contractuel. Les participations ne sont pas garanties. Elles sont sous réserve de modifications et varieront en fonction des revenus de placement réels du compte des contrats avec participation, également des résultats techniques de mortalité, des dépenses, de déchéance, des réclamations, des impôts et d'autres résultats du bloc de contrats avec participation. Chaque année, le conseil d'administration de la Compagnie détermine, à sa discrétion exclusive, le montant des bénéfices distribuables, le cas échéant, à verser aux titulaires de contrat avec participation sous forme de participations conformément aux règles régissant l'affectation des participations de la Compagnie.

Avis ou 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 transmission électronique.

Les avis et la correspondance de votre part devront être envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique (si aucune signature n'est requise) ou remis en personne et seront réputés reçus à la date de leur réception à notre siège social à Waterloo, en Ontario.

Cession : La ou le titulaire peut céder le présent contrat à une autre personne là où la loi le permet. 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.

Classification de fumeur : 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'Équitable qui comprend des preuves satisfaisantes permettant d'établir le statut tabagique de la personne assurée en tant que non fumeuse. L'Équitable se réserve le droit d'exiger une preuve de bonne santé avant d'accepter la demande de changement du statut tabagique.

Contrat : Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax comprend les documents suivants :

- le présent contrat et tout document joint au contrat lors de son établissement;
- la proposition d'assurance;
- toute modification ou tout avenant du contrat dont il a été convenu par écrit par la Compagnie;
- tout avenant joint au présent contrat offrant des garanties supplémentaires.

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 ».

Seul le président ou une dirigeante ou un dirigeant de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada a l'autorité de lier la Compagnie ou d'apporter une modification au contrat, et ce, uniquement par écrit. L'Équitable n'assume aucune responsabilité quant aux promesses ou aux déclarations faites par d'autres personnes, y compris votre conseillère ou conseiller financier, votre courtière ou courtier, ou encore votre agente ou agent. Sans limiter la portée générale de l'énoncé ci-dessus, aucune des personnes agissant à titre de conseillère ou conseiller financier, courtière, courtier, agente ou agent n'a le droit de modifier les conditions ou les dispositions du présent contrat ou d'y renoncer.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Contrat (suite) :	Si une autorité législative ou de réglementation ayant compétence impose des exigences qui ont une incidence sur le présent contrat, l'Équitable peut unilatéralement apporter les changements requis à ce contrat.
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 des produits 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, administrateurs ou ses cessionnaires, si la ou le titulaire a le droit de désigner une nouvelle ou un nouveau bénéficiaire, ou encore une ou un bénéficiaire subsidiaire, dans la mesure permise en vertu des lois applicables.
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 la première, la prestation de décès payable sera versée comme s'il avait été déterminé que la personne assurée la plus âgée était décédée la première.
Déclaration erronée de l'âge ou du sexe :	<p>Si la date de naissance ou le sexe de l'une des personnes assurées est erroné, le montant payable au titre de cette couverture à la suite du dernier décès à survenir parmi ces personnes assurées sera ajusté afin de correspondre au montant de la garantie de l'assurance vie qui aurait été souscrit si la prime avait été calculée selon l'âge et le sexe véritables de la personne assurée.</p> <p>Si la date ou le sexe d'une personne assurée indiqué sur un avenant est erroné, la prestation payable en vertu de cet avenant correspondra au montant d'assurance que ces primes auraient permis de souscrire d'après l'âge et le sexe véritables de la personne assurée.</p>
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 <i>Loi sur les assurances</i> ou par toute autre législation applicable.
Droit d'annulation :	Vous disposerez de 10 jours civils à partir de la date de réception du présent contrat pour l'annuler, à la 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 durant cette période, vous décidez d'annuler le présent contrat, toute prime payée en vertu du présent contrat jusqu'à la date de réception de votre demande d'annulation à l'Équitable vous sera remboursée. Le présent contrat sera ensuite réputé être nul dès sa création.
Exclusion de la prestation de décès – suicide :	<p>L'Équitable ne versera aucune prestation de décès si une personne assurée décède des suites d'un suicide, peu importe l'état de santé mentale de cette personne assurée, dans les deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) la date à laquelle le contrat entre en vigueur; ii) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat. <p>L'Équitable remettra un montant limité équivalant à la prime payée à la Compagnie pour la couverture ou les couvertures d'assurance en cause, moins toute avance sur contrat impayée (y compris l'intérêt), moins tout retrait effectué depuis la date de début de l'année contractuelle et moins tout autre montant déjà versé par la Compagnie.</p>

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)**Exclusion
de la prestation
de décès – suicide
(suite) :**

Si la personne assurée qui décède des suites d'un suicide est la première personne à décéder, nous vous verserons le montant limité ou aux ayants droit à votre succession. Si la personne assurée qui décède des suites d'un suicide est la dernière personne à décéder, nous verserons le montant limité à vos bénéficiaires. L'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle à l'égard du présent contrat.

Incontestabilité :

En cas d'omission de divulguer un fait ou de la fausse déclaration d'un fait sur 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 (décrise 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'entraîneront 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.

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 du présent contrat ou d'un avenant.

Règlement de décès :

Au dernier décès à survenir parmi les personnes assurées en vertu du présent contrat, avant de verser le montant de la prestation au décès de la personne assurée en vertu du présent contrat, l'Équitable peut exiger que vous lui présentiez la police d'assurance et les preuves satisfaisantes suivantes :

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

PRESTATION DE DÉCÈS

La prestation de décès versée à toute personne bénéficiaire de votre assurance vie entière Équimax est une part importante du présent contrat.

Prestation de décès : La prestation de décès sera payable à toute personne bénéficiaire si le présent contrat est en vigueur à la date du dernier décès à survenir parmi les personnes assurées. Les montants payables au décès sont calculés à partir de la date à laquelle l'Équitable reçoit l'avis de décès de la personne assurée en vertu du présent contrat qui est décédée en dernier.

La prestation de décès correspondra au total des montants suivants :

- a) le montant de l'assurance indiqué à la section intitulée « Description des garanties » de votre contrat; plus
- b) toute assurance libérée supplémentaire avec participation souscrite à l'aide de participations; plus
- c) la valeur de rachat de toute participation en dépôt portant intérêt chez l'Équitable en plus de l'intérêt accumulé; plus
- d) toute prestation payable en vertu d'un avenant sur la tête de la personne assurée; moins
- e) tout paiement de prime payable; moins
- f) toute dette payable en vertu du contrat;

ou, la prestation de décès sera le montant d'assurance fourni en vertu de l'option de l'assurance libérée réduite, si cette option est en vigueur.

À la date du début de la première année contractuelle, la prestation de décès Équimax initiale correspondra au montant assuré indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat.

PRIME

Le terme « prime » est défini comme étant le montant que vous payez à l'Équitable pour votre contrat Assurance vie entière Équimax.

Tableau des primes : Représente la section de votre contrat qui indique le montant de la prime payable pour chacune des couvertures d'assurance en vertu de votre contrat.

Prime ou 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 à la section intitulée « Tableau des primes ».

La prime initiale est payable à la date du début de la première année contractuelle indiquée à la section intitulée « Particularités du contrat » du contrat.

Type de prime : Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax paiements à vie (indiquée dans le tableau des primes), les primes pour la couverture d'assurance Équimax sont payables jusqu'à la date du dernier anniversaire contractuel indiqué dans le tableau des primes. Si le contrat est toujours en vigueur à la date du dernier anniversaire contractuel indiqué dans le tableau des primes, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax 20 paiements (indiquée dans le tableau des primes), les primes de la couverture d'assurance Équimax sont payables pendant 20 ans à partir de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance Équimax indiquée à la section intitulée « Description des garanties ». Si, après 20 ans, le contrat est toujours en vigueur, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Si votre contrat a été établi avec l'option de prime Équimax 10 paiements (indiquée dans le tableau des primes), les primes de la couverture d'assurance Équimax sont payables pendant 10 ans à partir de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance Équimax indiquée à la section intitulée « Description des garanties ». Si, après 10 ans, le contrat est toujours en vigueur, la couverture d'assurance Équimax deviendra libérée et aucune autre prime d'assurance Équimax ne sera due en vertu du présent contrat.

Primes et avenants : Si votre contrat a été établi avec tout avenir supplémentaire, comme indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat, les primes sont payables pour ces avenants supplémentaires comme l'indique le tableau des primes. Les primes pour ces avenants supplémentaires pourraient être exigées même si aucune autre prime n'est due pour la couverture d'assurance Équimax en vertu du présent contrat.

Taxe sur la prime : La prime ou les primes présentées à la section intitulée « Tableau des primes » du présent contrat comprennent une disposition relative à la taxe sur la prime.

Délai de grâce : Un délai de grâce de 31 jours, commençant à la date à laquelle la prime est exigible, vous est accordé pour le paiement complet de la prime exigible. Pendant le délai de grâce, votre contrat restera en vigueur. Si l'Équitable ne reçoit pas la prime exigible avant la fin du délai de grâce, votre contrat tombera en déchéance, votre couverture prendra fin et l'Équitable n'aura aucune autre obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

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

PRIME (suite)**Avance automatique de la prime :**

Si une prime n'est pas payée à l'échéance et reste impayée pour une période de 31 jours et que le contrat a une valeur de rachat, une avance automatique de la prime sera utilisée pour payer la prime. L'avance automatique de la prime puisera des fonds de la valeur de rachat du contrat pour créer une avance et payer la prime en souffrance.

Même si les primes impayées constituent une dette en vertu du contrat, vous pouvez recommencer le paiement des primes à tout moment tant que le contrat est en vigueur. À moins que vous ne précisez que les paiements servent au remboursement de l'avance, les paiements remis à l'Équitable seront affectés au paiement de la prime actuelle.

Lorsque la valeur de rachat n'est plus suffisante pour couvrir l'avance automatique de la prime, le contrat tombera en déchéance comme indiqué à la section intitulée « Délai de grâce ». Lorsque le contrat tombe en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Tout montant emprunté à l'aide d'une avance automatique de la prime sera considéré comme une dette en vertu du contrat et accumulera de l'intérêt à partir de la date à laquelle la prime est payable. L'intérêt imposé sur les avances automatiques de la prime sera déterminé selon un taux établi périodiquement par la Compagnie et accumulé quotidiennement à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avance. Chaque année, à l'anniversaire contractuel, si l'intérêt exigible sur une avance automatique de la prime n'est pas payé, l'Équitable ajoutera cet intérêt dû au solde de votre avance et de l'intérêt sera imputé en fonction du montant total de la dette au titre de votre contrat. Vous pouvez, en tout temps, pendant que le présent contrat est en vigueur, rembourser la totalité ou une partie des montants dus au titre du contrat, sous réserve d'un montant minimal déterminé par l'Équitable.

Si, à tout moment pendant que le présent contrat est en vigueur, la totalité de la dette au titre du présent contrat, y compris l'intérêt accumulé, est supérieure à la valeur de rachat, le présent contrat tombera en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Au dernier décès à survenir parmi les personnes assurées en vertu du présent contrat, tout solde impayé de l'avance, y compris l'intérêt accumulé, sera déduit de la prestation de décès.

Remise en vigueur :

- a) Si votre contrat d'assurance vie entière Équimax tombe en déchéance à la fin du délai de grâce en raison du non-paiement d'une prime exigible, le contrat peut être remis en vigueur en effectuant le paiement de la prime en souffrance dans un délai supplémentaire de 30 jours suivant la fin du délai de grâce, mais seulement si toute personne assurée en vertu du contrat est en vie au moment où le paiement est effectué.
- b) Si votre contrat d'assurance vie entière Équimax tombe en déchéance et ne fait pas l'objet d'une remise en vigueur en vertu du paragraphe (a), le contrat pourra être remis en vigueur dans les deux ans suivant sa date de déchéance. Il suffit que vous présentiez une demande par écrit à cet effet et une preuve d'assurabilité à la satisfaction de l'Équitable (selon les lignes directrices en matière de tarification alors en vigueur déterminées par l'Équitable) de toutes les personnes assurées (en fonction de l'âge qu'elles auront alors atteint).

La demande de remise en vigueur du présent contrat doit être accompagnée d'un paiement égal à la somme de ce qui suit :

- i) les primes qui auraient été exigées si le contrat était resté en vigueur à partir de la date de déchéance du contrat jusqu'à la date de remise en vigueur; plus
- ii) l'intérêt accumulé sur le montant ci-dessus; plus
- iii) toute dette payable en vertu du présent contrat.

PRIME (suite)

**Remise en vigueur
(suite) :**

Ces montants seront déterminés par l'Équitable au moment de la demande 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.

SAMPLE

VALEURS DU CONTRAT

L'assurance vie entière Équimax vous offre des valeurs garanties. La section intitulée « Tableau des valeurs garanties » de votre contrat affiche les valeurs garanties disponibles à la date de l'anniversaire applicable.

Valeur de rachat garantie :

La valeur de rachat indiquée à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » représente la valeur de rachat garantie associée à votre contrat.

Valeur de rachat :

Correspond à la valeur de rachat garantie indiquée à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » moins toute dette envers l'Équitable, plus la valeur au comptant de toute participation portée au crédit du présent contrat. Les participations ne sont pas garanties. Si vous demandez le rachat de votre contrat, la valeur de rachat vous sera versée dans un délai de 30 jours suivant la réception de votre demande écrite du rachat. Toutefois, nous nous réservons le droit de différer le paiement pour une période allant jusqu'à six mois après la date de réception de votre demande de rachat. Si nous différons le paiement pour une période de 30 jours ou plus, nous inclurons de l'intérêt, à un taux que nous déterminerons, et qui sera calculé à partir de la date de réception de votre demande de rachat.

Assurance libérée réduite :

Votre contrat est également pourvu d'une valeur garantie d'assurance libérée réduite, comme indiqué à la section intitulée « Tableau des valeurs garanties ». Dans le cadre de cette option, si la valeur indiquée dans la colonne intitulée « Assurance libérée réduite » du tableau des valeurs garanties à la date de l'anniversaire applicable, vous pouvez opter par écrit de maintenir votre contrat en vigueur sous forme d'assurance libérée sans qu'aucune autre prime ne soit due.

La couverture d'assurance consistera en un montant réduit, et sera au moins égale au montant de l'assurance libérée réduite comme l'indique la section intitulée « Tableau des valeurs garanties » à la date de l'anniversaire applicable.

Tout avenir lié au présent contrat prendra fin à la date d'entrée en vigueur de la modification du présent contrat en une assurance libérée réduite.

Une fois que l'option d'assurance libérée réduite est choisie, elle ne peut pas être changée. Le contrat d'assurance libérée réduite est admissible à recevoir des participations. Le mode d'affectation des participations s'appliquant à votre contrat d'assurance libérée réduite sera déterminé par l'Équitable lors de la réception de la demande de modification du contrat en une assurance libérée réduite, et sera sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

Veuillez noter que le fait de choisir l'option d'assurance libérée réduite peut entraîner des conséquences fiscales, donner lieu à un contrat non exonéré et votre contrat pourrait être assujetti à l'impôt.

L'option de l'assurance libérée réduite pourrait ne pas être offerte selon le montant d'assurance de base que vous avez souscrit au titre de la couverture d'assurance Équimax.

PARTICIPATIONS

Les participations pouvant s'accumuler en vertu de votre assurance vie entière Équimax sont une part importante du présent contrat.

Le présent contrat consiste en un contrat avec participation, ce qui signifie qu'il est admissible à la distribution de l'excédent sous forme de participations chaque année, à l'anniversaire contractuel. Les participations ne sont pas garanties. Elles sont sous réserve de modifications et varieront en fonction des revenus de placement réels du compte des contrats avec participation, également des résultats techniques de mortalité, des dépenses, de déchéance, des réclamations, des impôts et d'autres résultats du bloc de contrats avec participation. Les participations sont versées à la discrétion exclusive du conseil d'administration de la Compagnie.

Selon la proposition d'assurance vie du présent contrat, vous avez choisi d'affecter les participations selon l'un des modes suivants. Si vous n'avez pas choisi un mode d'affectation des participations sur votre proposition d'assurance, ces dernières seront affectées à votre contrat selon l'avenant joint au présent contrat. Il vous est possible de demander que votre mode d'affectation des participations soit changé en nous fournissant un avis écrit nous mentionnant la nouvelle option. Tout changement de mode d'affectation des participations est sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur, et peut résulter en une demande par la Compagnie de lui fournir une preuve de bonne santé continue et d'assurabilité des personnes assurée. Aucun changement ne pourra être effectué en ce qui a trait au mode d'affectation des participations de protection accrue.

Modes d'affectation des participations :

Au comptant : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement vous sera payée directement en argent comptant. Les participations payées au comptant pourraient entraîner des conséquences fiscales et il se peut que vous ayez à déclarer la totalité ou une partie des paiements reçus aux fins de l'impôt.

Réduction de la prime : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à réduire la prime actuelle exigible en vertu du contrat. Si, à l'avenir, les participations payables suffisent pour payer la totalité de votre prime, l'excédent, le cas échéant, vous sera versé au comptant. Les participations payées au comptant pourraient entraîner des conséquences fiscales et il se peut que vous ayez à déclarer la totalité ou une partie des paiements reçus aux fins de l'impôt.

Bonifications

d'assurance libérée : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à souscrire une assurance libérée qui sera payable au même moment que la prestation de décès.

Dépôt portant intérêt : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement sera déposée auprès de l'Équitable. Les participations déposées auprès de l'Équitable accumuleront de l'intérêt composé à un taux établi par la Compagnie de temps à autre. Chaque année, l'intérêt gagné sera déclaré comme étant votre revenu d'intérêt annuel.

Protection accrue : Selon ce mode d'affectation des participations, toute participation créditez annuellement servira à souscrire le montant d'une assurance temporaire d'un an. L'assurance entrera en vigueur à l'anniversaire contractuel où la participation sera créditez. Si la participation créditez est supérieure au montant requis pour souscrire une assurance temporaire d'un an, le solde de la participation servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

Assurance temporaire d'un an :

L'assurance temporaire d'un an est une assurance supplémentaire sans participation payable au dernier décès parmi les personnes assurées au cours de la première année contractuelle ou au cours de toute année contractuelle subséquente pendant laquelle elle a été souscrite. Le montant de l'assurance temporaire d'un an au cours de la première année contractuelle est établi automatiquement et correspond au montant accru initial indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat. L'assurance temporaire d'un an n'est pas admissible aux participations et n'a pas de valeur de rachat.

PARTICIPATIONS (suite)

**Protection accrue
(suite) :**

Assurance temporaire d'un an (suite) :

Le montant de l'assurance temporaire d'un an au cours des années suivantes correspondra au moindre des montants suivants :

- a) le montant pouvant être souscrit à l'aide de participations; et
- b) le montant accru initial moins toute assurance libérée avec participation en vigueur.

Une fois que le montant accru initial moins tout montant d'assurance libérée avec participation en vigueur sera égal à zéro et que la souscription d'une assurance temporaire d'un an n'est plus nécessaire, toute participation portée au crédit servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

Garantie de protection accrue viagère :

En vertu du mode d'affectation des participations de la protection accrue, le présent contrat comprend la disposition de la garantie de protection accrue viagère s'appliquant au montant de l'assurance temporaire d'un an.

La garantie de protection accrue viagère signifie que, pendant toute la durée du présent contrat lorsque l'option de protection accrue est en vigueur, l'Équitable garantit que le montant de l'assurance temporaire d'un an sera égal au montant accru initial moins toute assurance libérée supplémentaire avec participation en vigueur tant que le paiement de toutes les primes en vigueur est à jour et que l'assurance libérée n'a pas été résiliée en échange de sa valeur de rachat. Cette garantie prendra fin dès que l'assurance libérée est rachetée contre sa valeur de rachat.

Cette disposition de garantie de protection accrue viagère se terminera automatiquement si l'un des événements ci-dessous survient :

- a) le contrat tombe en déchéance;
- b) le contrat est résilié pour la souscription d'une assurance libérée réduite; ou
- c) le mode d'affectation des participations en vigueur est changé pour un tout autre mode que celui de la protection accrue après l'établissement du contrat.

Si, à tout moment, une assurance libérée avec participation souscrite à l'aide de participations est rachetée contre sa valeur de rachat, le montant accru initial sera diminué d'un montant correspondant à la somme assurée de l'assurance libérée supplémentaire avec participation rachetée au lieu de souscrire une assurance temporaire d'un an comme décrit ci-dessus. La réduction du montant accru initial sera permanente.

Le montant accru initial dépend de l'âge, du sexe et de la catégorie de risques des personnes assurées. Si la date de naissance ou le sexe de l'une des personnes assurées est erroné, le montant accru initial sera ajusté selon le montant qui aurait été souscrit si le montant accru initial avait été calculé d'après l'âge ou le sexe véritable des personnes assurées.

Transformation :

À tout moment, avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 71^e anniversaire de naissance de la personne aînée parmi les personnes assurées alors que toutes les personnes assurées sont en vie et que le mode d'affectation de protection accrue est en vigueur, une partie ou la totalité du montant de l'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation de protection accrue, pourra être transformée, sans preuve d'assurabilité, en une couverture d'assurance vie permanente conjointe dernier décès établie par la Compagnie au moment de la transformation et sera assujettie aux règles administratives et lignes directrices de la Compagnie en vigueur à ce moment-là.

PARTICIPATIONS (suite)

Protection accrue (suite) :

Transformation (suite) :

Le nouveau contrat ne pourra être d'une somme assurée supérieure à celle de l'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation des participations de protection accrue au moment de la transformation, et devra satisfaire aux limites minimales et maximales, que nous aurons exigées à ce moment-là, relatives au montant de couverture d'assurance, aux primes et à l'âge en relation avec le produit sélectionné. Les primes et les frais relatifs au coût de l'assurance pour la nouvelle couverture d'assurance seront établis en fonction de l'âge atteint des personnes assurées, aux taux alors en vigueur pour une catégorie de risques similaire, comme déterminé par l'Équitable au moment de la transformation. Si vous demandez une catégorie de risques améliorée au moment de la transformation, la demande sera sous réserve de notre consentement et de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

Si le nouveau contrat contient des avenants, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par la Compagnie pourront être exigées.

Si les primes du contrat Équimax sont exonérées en vertu des dispositions prévues par une garantie d'exonération de primes en cas d'invalidité et que l'assurance temporaire d'un an est transformée, les primes ne seront pas exonérées et seront payables au titre du nouveau contrat transformé.

Le montant d'assurance temporaire d'un an en vigueur en vertu du mode d'affectation de protection accrue sera diminué du montant transformé. La réduction s'appliquera au montant accru initial décrit dans les dispositions de la protection accrue ci-dessus.

Une fois l'assurance temporaire d'un an transformée, le mode d'affectation des participations sera changé pour celui des bonifications d'assurance libérée, et toute assurance libérée avec participation existante alors en vigueur s'appliquera conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée. Toute participation portée au crédit servira à souscrire une assurance libérée avec participation conformément au mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée.

ACCÈS AUX VALEURS DU CONTRAT

Avances sur contrat : À tout moment, pendant que le présent contrat vie entière Équimax est en vigueur, et s'il a une valeur de rachat, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur, vous pouvez demander une avance sur contrat à l'Équitable afin d'utiliser votre contrat en tant que garantie de remboursement de l'avance.

Le montant maximal que vous pouvez emprunter de la valeur de rachat alors en vigueur sera sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment de la demande de l'avance; cependant, le montant de l'avance ne peut dépasser 90 % de la valeur de rachat disponible moins toute dette existante en vertu du présent contrat.

Le fait de contracter une avance sur contrat à partir de la valeur de rachat de votre contrat d'assurance vie entière Équimax pourrait entraîner des conséquences fiscales et l'assujettissement à l'impôt.

Une avance sur contrat ne sera accordée que lorsque l'Équitable aura reçu une demande d'avance dûment remplie. Généralement, l'avance est octroyée dans un délai de 30 jours suivant la réception de la demande d'avance sur contrat dûment remplie au siège social de l'Équitable à Waterloo, en Ontario. Cependant, nous nous réservons le droit de différer l'avance pour une période allant jusqu'à six mois.

L'intérêt imposé sur les avances sur contrat sera déterminé selon un taux établi périodiquement par la Compagnie et accumulé quotidiennement à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avance.

ACCÈS AUX VALEURS DU CONTRAT (suite)

Avances sur contrat (suite) :

Chaque année, à l'anniversaire contractuel, si l'intérêt exigible sur une avance sur contrat n'est pas payé, l'Équitable ajoutera l'intérêt dû au solde de votre avance et de l'intérêt sera imputé en fonction du montant total de la dette au titre de votre contrat. Vous pouvez, en tout temps, pendant que votre contrat est en vigueur, rembourser la totalité ou une partie des montants dus au titre du contrat, sous réserve du montant minimal déterminé par l'Équitable.

Si, à tout moment pendant que le présent contrat est en vigueur, la totalité de la dette au titre du présent contrat, y compris l'intérêt accumulé, est supérieure à la valeur de rachat, le présent contrat tombera en déchéance, votre couverture d'assurance prendra fin et l'Équitable n'aura plus aucune obligation au titre du présent contrat, sous réserve de vos droits prévus à la section intitulée « Remise en vigueur ».

Au dernier décès à survenir parmi les personnes assurées en vertu du présent contrat, tout solde impayé de l'avance sur contrat, y compris l'intérêt accumulé, sera déduit de la prestation de décès.

Accès à la valeur de rachat générée par les participations :

Selon le mode d'affectation des participations choisi avec votre contrat d'assurance vie entière Équimax, vous avez la possibilité d'accéder à la valeur de rachat supplémentaire générée par les participations. Les participations ne sont pas garanties. Il est important de prendre note que le rachat d'assurance libérée pour sa valeur de rachat ou le retrait de la valeur de rachat à partir des participations laissées en dépôt auprès de l'Équitable pourrait entraîner des conséquences fiscales et l'assujettissement à l'impôt.

Rachat des bonifications d'assurance libérée :

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations des bonifications d'assurance libérée ou de protection accrue en vertu du présent contrat, vous pouvez demander, à tout moment, le rachat de l'assurance libérée avec participation souscrite à l'aide de participations, pourvu qu'elle n'ait pas été utilisée en vertu d'une autre disposition contenue dans le présent contrat. Vous recevrez la valeur de rachat associée à l'assurance libérée avec participation que vous rachetez.

Il importe de noter qu'en résiliant l'assurance libérée avec participation pour couvrir un retrait au comptant, vous perdrez la garantie de protection accrue viagère associée au mode d'affectation des participations de protection accrue.

Participations laissées en dépôt :

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations de dépôt portant intérêt en vertu du présent contrat, vous pouvez retirer la valeur de rachat des participations laissées en dépôt auprès de l'Équitable plus l'intérêt accumulé, à tout moment, pourvu qu'elle n'ait pas été utilisée en vertu d'une autre disposition contenue dans le présent contrat.

PRESTATION DU VIVANT

La prestation du vivant vous permet de faire la demande d'un paiement de la valeur de rachat du présent contrat si une personne assurée devenait invalide en raison d'une déficience mentale ou physique grave suivant la description ci-dessous.

Tout versement de la prestation du vivant sera prélevé de la valeur de rachat de votre contrat, ce qui aura pour effet de réduire la prestation de décès de votre contrat. Tout versement de la prestation du vivant sera d'abord prélevé de toute valeur de rachat non garantie générée par les participations, le cas échéant, et sera ensuite prélevé de la valeur de rachat garantie. Tout versement de la prestation du vivant prélevé de la valeur de rachat garantie aura pour effet de réduire le montant d'assurance de base indiqué à la page intitulée « Description des garanties » de votre contrat.

Si vous avez choisi le mode d'affectation des participations de protection accrue, le versement de la prestation du vivant annulera la garantie de protection accrue qui s'applique à votre contrat.

La prestation du vivant peut être versée sous réserve des conditions suivantes et de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement :

- a) un seul versement de la prestation du vivant par contrat est permis au cours de toute année contractuelle;
- b) les montants minimal et maximal du versement de la prestation du vivant au cours d'une année contractuelle seront sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement; et
- c) les frais pouvant s'appliquer pour les retraits effectués en vertu de la prestation du vivant seront sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment du versement.

Le versement de la prestation du vivant pourrait ne pas être offert si vous avez cédé le présent contrat ou si vous avez désigné une personne bénéficiaire irrévocable au titre du présent contrat. Le versement de la prestation du vivant pourrait ne pas être offert si la personne assurée, après évaluation, présente un risque de santé aggravé.

Vous pourriez être en mesure de bénéficier du versement de la prestation du vivant moyennant une autorisation écrite transmise à l'Équitable, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur et de la législation fiscale en vigueur à ce moment-là.

Le fait d'être admissible au versement de la prestation du vivant ne garantit pas que votre contrat restera en vigueur. Si vous n'avez pas choisi d'ajouter un avenant d'exonération des primes au présent contrat sur la tête de la personne assurée à qui ce versement de la prestation du vivant, ou si l'avenant d'exonération des primes est expiré, résilié ou que la personne assurée ne satisfait pas à toutes les conditions pour être admissible à la prestation de l'avenant d'exonération des primes, vous devez continuer à payer des primes suffisantes pour maintenir votre contrat en vigueur.

Si vous choisissez de prendre la totalité de la valeur de rachat de votre contrat comme versement de la prestation du vivant, votre contrat sera alors résilié et l'Équitable n'aura plus aucune autre obligation contractuelle en vertu du présent contrat.

PRESTATION DU VIVANT (suite)

Afin de recevoir le versement de la prestation du vivant, vous devez fournir, à vos frais, des preuves écrites attestant des troubles physiques ou mentaux graves d'une personne assurée de la part d'une ou d'un médecin qualifié et autorisé à exercer la médecine au Canada et jugées satisfaisantes par l'Équitable. La personne assurée en question doit être en vie au moment de la demande de versement de la prestation du vivant. La durée du trouble doit s'étendre sur une période d'au moins 90 jours et :

- a) avoir nettement restreint la capacité de cette personne assurée à exercer une des activités de la vie quotidienne suivantes :
 - i) percevoir, penser et mémoriser;
 - ii) se nourrir et s'habiller;
 - iii) parler afin d'être compris dans un endroit tranquille par une autre personne qui connaît cette personne assurée;
 - iv) entendre afin de comprendre dans un endroit tranquille une autre personne qui connaît cette personne assurée;
 - v) effectuer les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale; ou
 - vi) marcher;

- ou
- b) i) si la personne assurée travaille normalement, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de sa profession ou de son emploi; ou
 - ii) si la personne assurée ne travaille pas normalement, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de toute profession ou de tout emploi pour lequel elle est qualifiée ou peut raisonnablement devenir qualifiée en raison de sa scolarisation, de sa formation ou de son expérience; ou
 - iii) si la personne est normalement responsable de l'entretien d'une maison ou des soins des membres de sa famille immédiate, l'empêcher d'exercer les fonctions essentielles de l'entretien de cette maison ou des soins de ces personnes;

et ce trouble, en vertu des alinéas a) ou b) ci-dessus, doit être le résultat d'une ou de plusieurs des causes suivantes :

- SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise)
ou infection par le HTLV-III ou VIH
- Maladie d'Alzheimer
- Cancer ou tumeur
- Maladie coronarienne, infarctus du myocarde
ou insuffisance cardiaque congestive
- Insuffisance ou maladie rénale chronique
ou maladie du foie chronique
- Perte d'un membre
- Maladie du motoneurone
- Dystrophie musculaire
- Paralysie, paraplégie ou quadriplégie
- Greffe d'un organe vital
- Brûlures au troisième degré
sur plus de 50 % du corps
- Sclérose en plaques
- Hépatite
- Accident vasculaire cérébral avec ou sans paralysie
- Chorée de Huntington

- ou
- c) avoir entraîné la perte totale et permanente de la vision des deux yeux, ou de l'usage des deux mains, des deux pieds ou d'une main et d'un pied;

ou

 - d) la ou le médecin s'attend à ce que la déficience ou la maladie ou la blessure qui a causé cette déficience entraîne le décès de la personne assurée dans les 24 mois suivant la date du diagnostic.

Affections préexistantes :

Aucune prestation du vivant ne sera payable si nous déterminons qu'une personne assurée, qui aurait autrement été admissible à la prestation du vivant, souffrait de cette invalidité à la date du début de la première année contractuelle ou à la date de la dernière remise en vigueur. Cette détermination sera fondée sur l'état de santé précisé dans la proposition ou sur ce que l'on peut raisonnablement déduire existait au moment de la proposition, dans une déclaration d'état de santé connexe ou selon d'autres renseignements exigés par l'Équitable.

Exclusions :

Aucune prestation du vivant ne sera payable si la personne assurée reçoit le diagnostic d'une affection couverte découlant directement ou indirectement de ce qui suit :

- a) une tentative de suicide ou une blessure infligée à soi-même, peu importe l'état de santé mentale de cette personne assurée;
- b) le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel; ou
- c) une grossesse normale ou un accouchement normal.

PRESTATION DU VIVANT (suite)

Imposition : À la date du début de la première année contractuelle du présent contrat, la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et ses règlements* stipulent qu'un versement effectué aux termes d'un contrat à titre de prestation d'invalidité ne constitue pas une disposition d'un intérêt dans un contrat d'assurance vie. Par conséquent, à compter de la date du début de la première année contractuelle du présent contrat, les prestations d'invalidité ne sont pas assujetties à l'impôt sur le revenu. Cependant, l'Équitable ne garantit pas que le versement de la prestation du vivant ne sera pas assujetti à l'impôt sur le revenu au moment du versement. De plus, il se peut qu'il ne soit pas dans votre intérêt véritable de vous prévaloir du versement de la prestation du vivant si la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et ses règlements* devaient éventuellement changer.

PRESTATION DE CONSULTATION POUR PERSONNES EN DEUIL

Au dernier décès à survenir parmi les personnes assurées couvertes par le présent contrat et au moment du paiement de la prestation de décès, l'Équitable fournira une prestation de consultation pour les personnes en deuil à toute personne bénéficiaire du présent contrat d'assurance vie entière Équimax. L'Équitable remboursera à toute personne bénéficiaire un maximum de 1 000 \$ des frais de consultation si les règles suivantes sont respectées :

- toute personne bénéficiaire présente les reçus dans les 12 mois suivant la date du décès de la personne assurée qui est décédée la dernière; et
- l'agrément ou l'accréditation professionnelle de la conseillère ou du conseiller est jugée appropriée par l'Équitable.

Le remboursement est assujetti aux pratiques administratives de l'Équitable au moment de la demande.

Peu importe le nombre de personnes bénéficiaires désignées en vertu du présent contrat, 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 des bénéficiaires. Ce remboursement se fera seulement après réception des reçus appropriés.

PROTECTION CONTRE LES CRÉANCIERS

Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax peut fournir à la ou au titulaire du présent contrat, sous réserve de certaines conditions, une protection contre les créanciers.

STATUT FISCAL

Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax est établi dans l'intention de le garder exonéré d'impôt sur le revenu accumulé en vertu des dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et des règlements* en vigueur à la date du début de la première année contractuelle.

L'Équitable se réserve le droit de modifier le présent contrat et sa façon de le gérer comme le prévoient les modifications de la législation et du règlement qui touchent le présent contrat, et de maintenir le contrat exonéré de l'imposition sur le revenu accumulé.

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 spécifique des prestations, payables en une somme forfaitaire au dernier décès parmi les personnes assurées en vertu du présent contrat, soit affecté au titre de l'une des options de paiement ci-dessous, si disponible, et sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment où la prestation devient 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 exigés par l'Équitable.

OPTIONS DE RÈGLEMENT (suite)

- 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 alors offert par l'Équitable, et ce, sous réserve de montants minimaux et maximaux exigés par l'Équitable.
- c) Produit en dépôt – le montant précisé serait laissé en dépôt auprès de l'Équitable pour une période convenue par l'Équitable. 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 paiement alors offerte par l'Équitable.

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

Toute personne bénéficiaire, ayant le droit aux prestations au dernier décès parmi les personnes assurées, peut aussi sélectionner une des options ci-dessus relativement aux prestations applicables, 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 paiements mensuels. Toute personne bénéficiaire devra nous fournir les renseignements personnels nécessaires pour l'entrée en vigueur de la rente.

OPTION DE SOUSCRIRE DES CONTRATS INDIVIDUELS

À tout anniversaire contractuel précédent celui qui est le plus rapproché du 75^e anniversaire de naissance de la personne assurée la plus âgée et moyennant une preuve de changement important de la relation des personnes assurées en vertu du présent contrat, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur à ce moment-là, la ou le titulaire peut faire une demande écrite pour racheter le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe dernier décès et, sans preuve d'assurabilité, choisir une nouvelle couverture en vertu d'un régime d'assurance vie individuelle permanente sur la tête de toutes les personnes assurées en vertu du présent contrat. Chaque nouveau contrat d'assurance vie individuelle permanente peut être d'un montant jusqu'à concurrence de 50 % du montant d'assurance Équimax en vigueur au moment du rachat, sous réserve d'un montant minimal de couverture exigé par le nouveau contrat. La définition du terme « changement important de la relation » sera déterminée par nous.

La demande pour souscrire des contrats individuels doit être soumise à l'Équitable 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 soumise à l'Équitable, conformément à nos règles et pratiques administratives en vigueur à ce moment-là.

La prime ou les frais relatifs au coût de l'assurance des nouvelles couvertures en vertu du régime d'assurance vie permanente individuelle seront calculés en fonction de l'âge atteint de chacune des personnes assurées aux taux alors en vigueur, pour une catégorie de risques semblable que nous aurons déterminée. Toute nouvelle couverture doit respecter les minimums et les maximums alors exigés par nous pour le montant de la couverture d'assurance, les primes et l'âge au moment de la demande pour le type de produit choisi. Le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe dernier décès prendra fin au moment où la nouvelle ou les nouvelles couvertures en vertu d'un régime d'assurance vie individuelle permanente sont établies.

Veuillez noter que le rachat du présent contrat d'assurance vie Équimax conjointe dernier décès pourrait entraîner des conséquences fiscales et l'assujettissement à l'impôt.

Si les primes afférentes au présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe dernier décès sont exonérés en vertu de la disposition d'exonération en cas d'invalidité, et que nous avons reçu la demande écrite en vue de la souscription de contrats individuels, les primes ou les frais relatifs au coût de l'assurance NE seront PAS exonérés en vertu des nouveaux contrats et seront payables pour toute nouvelle couverture souscrite en vertu d'un régime d'assurance vie permanente pour les personnes assurées par l'entremise de cette disposition.

Tous les avenants établis avec le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe dernier décès, pourra être ajouté à la nouvelle couverture suivant disponibilité et sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur.

OPTION DE SOUSCRIRE DES CONTRATS INDIVIDUELS (suite)

Si le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe dernier décès contient des exclusions, des exclusions semblables s'appliqueront au nouveau contrat, de même que toute restriction liée à nos obligations contractuelles, y compris le type de couverture, le montant de couverture et la catégorie de risques de la couverture établis avec le présent contrat d'assurance vie entière Équimax conjointe dernier décès.

Toutes les modifications sont sous réserve de la réception, au siège social de la Compagnie, de toute demande écrite de la part de la ou du titulaire et des conditions que nous avons définies à ce moment.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR

À tout moment, pendant que le contrat est en vigueur, vous pouvez demander l'ajout de l'option de dépôt Excelérateur au titre du présent contrat, sous réserve de nos critères de tarification, de nos règles administratives et lignes directrices en vigueur au moment où nous recevons votre demande d'ajout de l'option de dépôt Excelérateur.

Si nous approuvons l'ajout de l'option de dépôt Excelérateur au présent contrat, les dispositions applicables sont énoncées dans la présente section Option de dépôt Excelérateur de votre contrat.

L'option de dépôt Excelérateur vous permet d'effectuer des paiements supplémentaires (« paiements au titre de l'ODE »), en sus des primes au titre du contrat, pour la souscription d'assurance libérée avec participation, sous réserve de nos règles administratives et nos critères de tarification en vigueur lorsque vous effectuez la demande de l'option de dépôt Excelérateur et lorsque vous effectuez un paiement au titre de l'ODE. Des frais (frais relatifs aux primes) s'appliquent à chaque paiement au titre de l'ODE afin de couvrir les frais d'administration. Les frais relatifs aux primes applicables sont établis par l'Équitable et ne sont pas garantis. L'assurance libérée avec participation souscrite en vertu de l'option de dépôt Excelérateur s'ajoute à l'assurance libérée avec participation souscrite à l'aide des participations générées par le contrat. Afin d'effectuer des paiements au titre de l'ODE, vous devez avoir choisi les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue comme mode d'affectation des participations.

Paiement unique

au titre de l'ODE :

Le paiement unique au titre de l'ODE renvoie à un seul paiement au titre de l'ODE. Le paiement unique au titre de l'ODE peut être effectué à tout moment, sous réserve de nos règles administratives, limites de paiement et critères de tarification en vigueur au moment d'effectuer votre paiement.

Paiements prévus

au titre de l'ODE :

Les paiements prévus au titre de l'ODE renvoient aux paiements prévus mensuellement ou annuellement au titre de l'ODE.

Si nous approuvons votre demande de paiements mensuels ou annuels prévus au titre de l'ODE, vous disposerez d'un délai de 60 mois à compter de la date à laquelle la demande de l'option de dépôt Excelérateur a été signée pour effectuer votre paiement initial.

Si vous omettez ou sautez un paiement prévu au titre de l'ODE, ou que votre paiement est inférieur au montant de paiement prévu approuvé au titre de l'ODE, le montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer à l'avenir pourrait être limité conformément aux règles administratives et aux lignes directrices en vigueur lors du paiement au titre de l'ODE et le paiement maximal au titre de l'ODE que nous serons en mesure d'accepter pourrait être inférieur au montant prévu.

La date d'exigibilité de votre paiement prévu au titre de l'ODE dépendra de la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat. Si la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat est mensuelle, la date d'exigibilité des paiements prévus au titre de l'ODE est l'anniversaire contractuel mensuel et correspond à la date à laquelle la prime mensuelle de votre contrat est exigible. Si la périodicité des primes choisie au titre de votre contrat est annuelle, la date d'exigibilité des paiements prévus au titre de l'ODE est l'anniversaire contractuel et correspond à la date à laquelle la prime annuelle de votre contrat est exigible.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR (suite)

**Paiements prévus
au titre de l'ODE
(suite) :**

Si tout paiement au titre de l'ODE n'est pas reçu dans les 60 mois suivant la date à laquelle le dernier paiement au titre de l'ODE a été reçu, l'option de dépôt Excelérateur ne sera plus en vigueur. L'option de dépôt Excelérateur peut être remise en vigueur en soumettant une demande écrite et une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons.

Modifications :

Vous pouvez choisir d'ajouter l'option de dépôt Excelérateur après la date du début de la première année contractuelle et effectuer des paiements prévus au titre de l'ODE à votre contrat, sous réserve de nos règles administratives et de nous fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons. Il se pourrait qu'une limite soit imposée au montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer et ce montant est sous réserve de notre approbation.

En tout temps, vous pouvez demander une augmentation du montant de vos paiements prévus au titre de l'ODE. Des preuves d'assurabilité supplémentaires peuvent être exigées. Il se pourrait qu'une limite soit imposée au montant des paiements au titre de l'ODE que vous pourrez effectuer et ce montant est sous réserve de notre approbation.

Vous pouvez demander l'arrêt de vos paiements au titre de l'ODE à tout moment et pourrez les reprendre sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité supplémentaires, à condition que vous repreniez vos paiements au titre de l'ODE dans les 60 mois suivant la date à laquelle le dernier paiement au titre de l'ODE a été reçu. Le montant des paiements au titre de l'ODE que vous pouvez effectuer pourrait être limité conformément aux règles administratives et aux lignes directrices en vigueur lors du paiement au titre de l'ODE et le paiement maximal au titre de l'ODE que nous serons en mesure d'accepter pourrait être inférieur au montant prévu. Si vous reprenez vos paiements au titre de l'ODE plus de 60 mois après l'arrêt des paiements de l'ODE, vous devrez d'abord nous fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes que nous exigeons.

Vous pouvez effectuer des paiements au titre l'ODE que si le mode d'affectation des participations choisi en vertu de votre contrat Équimax demeure les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue. Si vous décidez de changer votre mode d'affectation des participations pour un mode autre que les bonifications d'assurance libérée ou la protection accrue, les paiements au titre de l'ODE ne seront plus acceptés.

Toute modification de l'option de dépôt Excelérateur et tout ajout à son égard doivent être présentés à la Compagnie par écrit, à notre siège social à Waterloo, en Ontario.

**Date d'entrée en vigueur
de l'option de dépôt**

Excelérateur :

La date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur est établie comme suit : a) si la demande est effectuée à l'établissement du contrat Équimax, la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur est la même que la date du début de la première année contractuelle, comme indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat »; ou b) si la demande est effectuée ou une nouvelle demande est effectuée après la date du début de la première année contractuelle, la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur correspond alors à la date de réception du premier paiement au titre de l'ODE suivant l'approbation de la demande ou de la nouvelle demande.

**Avenants d'assurance
vie temporaire :**

Si une couverture d'assurance temporaire sous forme d'avenant en vigueur en vertu du présent contrat s'applique à l'une ou l'autre des personnes assurées, elle pourrait vous permettre d'augmenter votre paiement prévu au titre de l'ODE, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices alors en vigueur. La possibilité d'augmenter votre paiement au titre de l'option de dépôt Excelérateur sera sous réserve de nos règles administratives et de nous fournir une preuve d'assurabilité satisfaisante que nous exigeons.

OPTION DE DÉPÔT EXCELÉRATEUR (suite)

Avenants d'assurance vie temporaire (suite) :

Si nous approuvons l'augmentation du montant de paiement prévu au titre de l'ODE et que vous résiliez par la suite une couverture sous forme d'avenant d'assurance temporaire, nous nous réservons le droit de racheter l'assurance libérée avec participation en contrepartie de sa valeur de rachat et de vous la verser afin que le contrat demeure exonéré d'impôt sur les gains accumulés. Nous nous réservons également le droit de résilier l'option de dépôt Excelérateur ou de limiter le montant des paiements subséquents prévus au titre de l'ODE que nous accepterons. Le rachat de votre assurance libérée en contrepartie de sa valeur de rachat pourrait entraîner des conséquences fiscales pour vous.

Exonération :

Si les primes du contrat sont exonérées, vous pouvez poursuivre les paiements au titre de l'ODE. Aucune augmentation ou aucun ajout aux paiements au titre de l'ODE n'est autorisé lorsque l'exonération des primes est en vigueur. Si vous effectuez des paiements au titre de l'ODE au début de la période d'exonération des primes et décidez ensuite d'arrêter vos paiements pendant cette même période d'exonération des primes, vous ne pourrez pas reprendre les paiements au titre de l'ODE lorsque l'exonération des primes est en vigueur.

Exclusion de la prestation de décès - suicide :

Si l'une des personnes assurées, peu importe l'état de santé mentale de cette personne assurée, décède des suites d'un suicide dans les deux années qui suivent la demande approuvée de l'option de dépôt Excelérateur, la responsabilité de la Compagnie en vertu de l'option de dépôt Excelérateur se limitera au montant des paiements au titre l'ODE, moins la valeur de rachat de toute partie des bonifications d'assurance libérée rachetée au cours de cette période de deux ans.

Incontestabilité :

Sauf dans les cas de fraude ou de déclaration erronée de l'âge ou du sexe, les déclarations contenues dans la demande de l'option de dépôt Excelérateur seront considérées comme étant véridiques et incontestables deux ans après la date d'entrée en vigueur de l'option de dépôt Excelérateur.

Imposition :

Le présent contrat est établi dans l'intention de le garder exonéré d'impôt sur le revenu accumulé en vertu des dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu du Canada* et des règlements en vigueur à la date du début de la première année contractuelle. Afin de maintenir le statut d'exonération de votre contrat, nous nous réservons le droit d'imposer une limite au montant de paiement effectué au titre de l'ODE ou de racheter l'assurance libérée avec participation en contrepartie de sa valeur de rachat et de vous la verser. Le rachat de votre assurance libérée en contrepartie de sa valeur de rachat pourrait entraîner des conséquences fiscales pour vous.

GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE MORT ACCIDENTELLE

ÉCHANTILLON

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 manœuvres 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 déchéance 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.

AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS

ÉCHANTILLON

AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS

Enfant assurée ou assuré : Dans le présent avenir :

- (a) Une enfant assuré 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 avenir 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 avenir lié au contrat auquel le présent avenir 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 18e 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 avenir, sera la personne assurée en vertu du contrat auquel le présent avenir est joint, si en vie, sinon la succession de la personne assurée.

Garantie : Le capital assuré du présent avenir 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 avenir est en vigueur.

Primes : Le montant et la durée du paiement des primes payables pour le présent avenir 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 avenir 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 avenir 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 avenir 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 avenir, 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 précédent son 25^e anniversaire de naissance, et
2. que le présent avenir 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 avenir.

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.

EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ

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 considérerons 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 conclurons 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

AVENANT D'ASSURANCE MALADIES GRAVES ÉQUIVIVRE^{MD}

Renouvelable de dix ans jusqu'à l'âge de 75 ans
(les régimes « uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans », « uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans, couverture à vie », « couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans » et « couverture 20 paiements à vie » sont aussi offerts)

ÉCHANTILLON

DÉFINITIONS

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

Le présent avenir 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 avenir dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat. Aux fins du présent avenir, la personne assurée fait référence à la personne qui est assurée en vertu du présent avenir. 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 avenir ne s'appliquent qu'à la personne assurée en vertu du présent avenir.

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre avenir d'assurance maladies graves ÉquiVivre. Certains termes utilisés, mais non définis dans le présent avenir, 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 avenir, 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 couverts en vertu du présent avenir. 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 avenir sont en dollars canadiens.
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 une 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 avenir est en vigueur.
Date d'entrée en vigueur :	Le présent avenir prend effet à la date d'entrée en vigueur indiquée à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description de garanties » du présent avenir pourvu que :
	a) le montant total de la prime initiale a été payé à la Compagnie; et
	b) l'assurabilité de l'une ou l'autre des personnes assurées en vertu du présent avenir n'ait pas changé à partir de la date à laquelle la proposition a été remplie jusqu'à la date indiquée dans les lois d'assurance applicables.
Date d'expiration (expiration) :	Si la somme assurée n'a pas été versée, et que le présent avenir n'a pas été résilié autrement, le présent avenir prendra fin à la date indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent avenir qui correspond à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 75 ^e anniversaire de naissance de la personne assurée (voir également Résiliation du présent avenir).
Report de la date d'expiration :	Si l'expiration du présent avenir 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 avenir demeurera en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes :
	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;

DÉFINITIONS (suite)

si le présent avenir n'a pas pris fin en raison d'autres dispositions en vertu de l'avenant.

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.

Déficit neurologique : Les déficits neurologiques doivent être détectables par une 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 avenir et que l'on nomme « personne assurée » au titre du présent avenir 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 avenir est annexé et dont le présent avenir fait partie.

Spécialiste : 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.

Le terme « spécialiste » inclut, entre autres, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste.

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.

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.

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 équivalent 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 avenir 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 avenir à l'égard de toute personne assurée survivante en vertu du présent avenir, un contrat d'assurance maladies graves distinct, sans preuve d'assurabilité.

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

- une date d'entrée en vigueur qui est la même que celle du présent avenir;
- les mêmes garanties, catégorie de risques et statut tabagique que ceux du présent avenir;
- les mêmes taux de prime en vigueur à la date de l'échange;
- l'âge de la personne assurée au moment où le présent avenir 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 avenir et celui qui est applicable au nouveau contrat.

La présente disposition d'échange de l'avenant ne s'applique qu'au présent avenir.

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 avenir 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 avenir.

La prestation ÉquiVivre est payable à la personne assurée (ou à toute ou à tout autre bénéficiaire désigné), à condition que le présent avenir 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 avenir. 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 avenir, 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.

La prestation ÉquiVivre n'est versée qu'une seule fois, par personne assurée, et pour une seule maladie grave couverte. Le présent avenir 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 avenir 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 avenir ou le contrat.

Prestation de dépistage précoce :

Si, pendant que le présent avenir 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 avenir.

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 avenir 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 avenir. 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 avenir, 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.

PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE (suite)

- La prestation de dépistage précoce correspond au moindre des montants suivants :
- 15 % de la somme assurée alors en vigueur; ou
 - 50 000 \$.

La prestation de dépistage précoce peut être versée à plusieurs reprises à chaque personne assurée pendant toute la durée du présent avenir, 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 avenir.

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 avenir.

Cancer précoce de la prostate :

Diagnostic formel de cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé sans noeuds 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 avenir, 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 avenir.

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

- de TSGI gastriques et de l'épiploon, 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.

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

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 avenir.

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 avenir.

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 avenir.

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 avenir.

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 avenir.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES

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

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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES

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.

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 thrombocytopénie 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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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 avenir, contribuant à ou causée par tout type de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenir) si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent avenir ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir, la personne assurée :

- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenir); 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 avenir), 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 à l'Assurance vie Équitable dans un délai de 180 jours si, suivant la dernière des dates suivantes : soit 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent avenir ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir, 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 avenir). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du présent avenir 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 avenir, 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 avenir 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 avenir);
- affection couverte découlant directement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenir);
- affection couverte découlant directement du traitement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenir).

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

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;

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

- 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 avenir.

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.

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 :

- aphasic (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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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.

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 3 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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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.

Greffé 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.

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 d'entrée en vigueur ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenant 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;
- neuromyélite optique; ou
- sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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 d'entrée en vigueur du présent avenir ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir 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 avenir), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu du présent avenir).

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 d'entrée en vigueur du présent avenir ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir 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.

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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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 d'entrée en vigueur du présent avenir ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir 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.

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 avenir, contribuant à ou causée par tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenir) si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent avenir ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir, la personne assurée :
	a) a reçu un diagnostic de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenir); 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 avenir), 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 d'entrée en vigueur du présent avenir ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir, 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 avenir). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du présent avenir 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.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS (suite)

Le titulaire peut demander par écrit le maintien en vigueur du présent avenir, 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 avenir);
- affection couverte découlant directement d'un cancer (couvert ou non en vertu du présent avenir); et
- affection couverte découlant directement du traitement d'un cancer (couvert ou non en vertu du présent avenir).

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

Exclusions :	En plus de toutes les exclusions énoncées dans le présent avenir, 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 :
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 intoxiquante, 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.

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:
	<ol style="list-style-type: none"> a) 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 b) les dossiers médicaux fournis démontrent de façon satisfaisante à l'Assurance vie Équitable que : <ol style="list-style-type: none"> 1. le même diagnostic aurait été posé si la maladie ou l'accident avait eu lieu au Canada; 2. un traitement immédiat aurait été prescrit selon les normes canadiennes; 3. le même traitement, impliquant l'intervention chirurgicale particulière, aurait été recommandé si le traitement avait eu lieu au Canada; et c) la personne assurée devra être soumise à un examen médical indépendant par une 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 avenir, pour la période indiquée dans le tableau des primes ou le tableau des frais du présent avenir. 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 avenir ainsi que toutes ses garanties prendront fin pour la personne assurée en question.
Remise en vigueur :	<p>Vous pouvez demander une remise en vigueur du présent avenir et du contrat dans un délai de deux ans après la date de déchéance du contrat. Pour remettre le présent avenir en vigueur, voici les exigences :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) une preuve attestant de la bonne santé et de l'assurabilité de la personne assurée, jugées satisfaisantes par la Compagnie, et b) 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 avenir. <p>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 avenir ne peut être remis en vigueur que si le contrat est remis en vigueur.</p>

DROIT DE MODIFICATION

Vous avez l'option de changer votre avenir 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 :

- a) votre avis doit être reçu par la Compagnie avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché de l'anniversaire de naissance de la personne assurée;
- b) vous ne demandez aucune augmentation de la somme assurée; et
- c) le présent avenir 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 avenir 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 avenir 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 avenir 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 avenir 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 avenir à son siège social à Waterloo, en Ontario; ou
- g) la date d'expiration du présent avenir indiquée à la page intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent avenir.

Annulation : vous pouvez annuler le présent avenir 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 avenir prendront fin, et le présent avenir 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 avenir d'assurance maladies graves ÉquiVivre.

Cession : La titulaire ou le titulaire peut céder le présent avenir 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 avenir, 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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Conformité avec la législation provinciale :	Si une ou plusieurs des modalités, dispositions ou conditions du présent avenir 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 avenir, est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais prévus par la <i>Loi sur les assurances</i> ou par toute autre législation applicable.

DISPOSITIONS LÉGALES

Exonération :	L'Assurance vie Équitable est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du présent avenir, 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 avenir 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 avenir ne doivent pas être utilisées pour défendre une demande de réclamation ou pour annuler le présent avenir, sauf si elles figurent dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite donnée comme preuve d'assurabilité.
Avis et preuve de réclamation :	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) de fournir un avis de réclamation écrit à l'Assurance vie Équitable : <ul style="list-style-type: none"> 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 avenir 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 avenir 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 avenir.
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'invalider 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 avenir, 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 avenir, 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 avenir est en cours.
Délai de paiement des sommes :	Toutes les sommes payables en vertu du présent avenir sont versées par l'Assurance vie Équitable dans les 60 jours suivant la réception de la preuve de réclamation par l'Assurance vie Équitable.

ASSURANCE TEMPORAIRE

ÉCHANTILLON

Avenant d'assurance vie temporaire

Les conditions et les dispositions du contrat s'appliquent au présent avenant d'assurance vie temporaire, à moins qu'elles ne soient modifiées par les dispositions du présent avenant.

- Personne assurée :** La personne qui est assurée en vertu des dispositions du présent avenant d'assurance vie temporaire et qui est nommée à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties ».
- Disposition de la garantie :** Si le présent avenant d'assurance vie temporaire (« avenant ») et le contrat dont le présent avenant fait partie sont en vigueur à la date du décès de la personne assurée, l'Assurance vie Équitable versera à la personne bénéficiaire le montant de la prestation de décès de l'avenant d'assurance vie temporaire (la « prestation de décès ») se rapportant à la personne assurée indiquée à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties ».
- Bénéficiaire ou bénéficiaires :** L'Assurance vie 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 titulaire 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, à sa succession.
- Réclamation de décès :** Dans le cas d'une demande de réclamation en raison du décès de la personne assurée, l'Assurance vie Équitable exigera, avant de verser la prestation de décès, que vous lui présentiez les pièces justificatives suivantes :
- (a) la police d'assurance;
 - (b) une preuve satisfaisante du décès de la personne assurée;
 - (c) une preuve satisfaisante de la date de naissance de la personne assurée décédée;
 - (d) une preuve satisfaisante du sexe de la personne assurée décédée;
 - (e) le droit de la requérante ou du requérant de recevoir un paiement; et
 - (f) le nom et l'âge de la personne bénéficiaire.
- Date d'entrée en vigueur :** Le présent avenant entre en vigueur à la date indiquée pour cet avenant à la section intitulée « Description des garanties » de la police à laquelle est annexé le présent avenant à condition que :
- a) le montant total de la prime initiale ait été payé à la Compagnie; et
 - b) l'assurabilité des personnes assurées en vertu de ce contrat n'ait pas changé entre la date à laquelle la proposition a été remplie et la date indiquée dans les lois d'assurance applicables.
- Date d'expiration :** La date d'expiration du présent avenant est indiquée à la section intitulée « Description des garanties » ou « Particularités de l'assurance » de la police. La prestation de décès et toutes les autres garanties prendront fin à la date d'expiration.
- Prime :** Les primes au titre du présent avenant sont indiquées dans le « Tableau des primes » de la police dont le présent avenant fait partie.
- Impôt sur les primes :** Les primes présentées dans le tableau des primes tiennent compte du montant retenu pour payer l'impôt sur les primes.
- Suicide :** Si la personne assurée, saine d'esprit ou non, décède à la suite d'un suicide au cours des deux années suivant la date d'entrée en vigueur ou de remise en vigueur du présent avenant, les obligations de l'Assurance vie Équitable se limiteront aux montants versés à l'Assurance vie Équitable pour cet avenant.
- Déclaration erronée de l'âge :** Si la date de naissance de la personne assurée est erronée, le montant payable en vertu du présent avenant à la suite du décès de la personne assurée correspondra au montant que les primes auraient permis de souscrire, si les primes avaient été calculées selon l'âge exact de la personne assurée.
- 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.

Avenant d'assurance vie temporaire – suite**Catégorie de risques :****Classification des risques :**

L'Assurance vie temporaire évalue les personnes assurées dans différentes « catégories de risques » selon le risque d'assurance estimé. Ces catégories de risques servent à évaluer la personne à assurer et à déterminer les taux de prime qui s'appliqueront à chaque personne à assurée en fonction du montant de la couverture d'assurance.

Chaque catégorie de risques actuellement offerte au titre du présent avenant tient compte de la classification standard et de la classification du style de vie. La classification des risques pertinente appropriée est déterminée à la date d'entrée en vigueur du présent avenir et est indiquée à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Descriptions des garanties » du contrat.

Classification standard :

Celle-ci englobe les grandes catégories de personnes établies par l'Assurance vie Équitable permettant de catégoriser la santé et l'assurabilité anticipées de la personne à assurer. Ces catégories indiquent les taux de prime établis par l'Assurance vie Équitable pour une classification standard relativement au type et au montant de la couverture d'assurance prévus par le présent avenir. Un taux standard ou normal d'évaluation du risque de mortalité correspond à 100 %. Une catégorie de risques supérieure à 100 % indique un risque de mortalité plus élevé. La catégorie de risques aura une incidence sur le coût des primes. Le risque de mortalité s'entend de la probabilité de décès.

Classification selon le style de vie :

La classification selon le style de vie permet à l'Assurance vie Équitable de fournir des groupements supplémentaires de catégories de personnes en fonction de renseignements plus précis concernant la santé et l'assurabilité de la personne à assurer. Les facteurs de risque de la classification selon le style de vie tiennent compte de renseignements plus précis concernant les antécédents médicaux de votre famille, l'usage de tabac, la santé, le style de vie et d'autres renseignements considérés pertinents par la Compagnie et compte tenu du type et du montant de couverture d'assurance qui sont demandés dans la proposition. La classification selon le style de vie aura une incidence sur les taux de prime.

Prime et changement de catégorie de risques :

En plus de la classification standard et de la classification selon le style de vie, l'Assurance vie Équitable considère votre sexe, votre âge, ainsi que le type et le montant de couverture d'assurance demandés pour déterminer les taux de prime. Le montant de la prestation de décès et la catégorie de risques sont indiqués à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » de votre police. La prime est indiquée à la section intitulée « Tableau des primes » de votre police.

Toute demande de modification à votre contrat, y compris une amélioration de la catégorie de risques d'une couverture, sera assujettie à notre consentement et reposera sur nos règles et pratiques administratives alors en vigueur.

Avenant d'assurance vie temporaire – suite

Disposition de continuation automatique de la couverture :

Si le contrat de base dont le présent avenant fait partie prend fin et que l'avenant est toujours en vigueur, la couverture offerte en vertu de cet avenant demeurera en vigueur jusqu'à la première des occurrences suivantes : la date d'expiration de cette couverture ou la date à laquelle vous choisissez de mettre fin à la couverture. Les primes à payer pour la continuation de la couverture pourraient augmenter et vous pourriez éventuellement demander l'ajout d'avenants supplémentaires en fonction des règles et pratiques administratives alors en vigueur.

Option d'un contrat d'assurance vie temporaire distinct :

Vous pouvez à tout moment demander l'annulation de la couverture d'assurance pour l'une des personnes assurées en vertu du présent avenant et souscrire un nouveau contrat d'assurance distinct sur la tête de cette personne assurée. L'exercice de cette option sera effectué selon les règles administratives alors en vigueur.

Option de transformation : Si le présent avenant consiste en un avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans ou un avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans , à tout moment, avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 71^e anniversaire de naissance de la personne assurée et pendant que le présent avenant et le contrat dont il fait partie sont en vigueur, il peut être transformé en un contrat d'assurance vie permanente établi par l'Assurance vie Équitable au moment de la demande, et ce, sans présenter de preuve d'assurabilité dès la libération adéquate, et en fonction des règles et des pratiques administratives alors en vigueur.

Si le présent avenant consiste en un avenant d'assurance vie temporaire 30/65, à tout moment, avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la personne assurée pendant que le présent avenant et le contrat dont il fait partie sont en vigueur, le présent avenant peut être transformé en tout produit d'assurance vie permanente établi par l'Assurance vie Équitable au moment de la demande, et ce, sans présenter de preuve d'assurabilité dès la libération adéquate, et selon les règles et les pratiques administratives alors en vigueur.

La demande de transformation dûment remplie doit satisfaire toute autre exigence jugée nécessaire afin de se conformer aux dispositions du contrat et à toute loi applicable.

Vous pouvez transformer la couverture d'assurance de l'avenant d'assurance vie temporaire, pourvu que la sélection de l'option de prestation de décès du nouveau contrat n'entraîne pas une augmentation du montant de la couverture d'assurance. Si une telle prestation de décès est choisie, le montant de couverture doit d'abord être approuvé par la Compagnie et une nouvelle preuve d'assurabilité pourrait être exigée. Le montant de la couverture d'assurance permanente ne peut pas être supérieur au montant d'assurance original qui sera transformé et doit satisfaire aux minimums et maximums alors exigés par la Compagnie pour les primes et l'âge selon le type de produit choisi. La catégorie de risques de la personne assurée et les taux de prime applicables pour toute partie non transformée de ce contrat pourraient changer afin de correspondre au montant minimal de couverture requis pour répondre aux exigences de certaines catégories de risques et prestations de décès.

La classification selon le style de vie sera déterminée en utilisant le tableau suivant :

Classification selon le style de vie	Transformation avant le 10 ^e anniversaire de la couverture	Transformations après le 10 ^e anniversaire de la couverture ou transformations de produits sans catégories de risques privilégiées.
Privilégiée	Catégorie de risques privilégiée similaire, comme nous le déterminons	Catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminons
Non privilégiée	Catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminons	Catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminons

Toute demande d'amélioration de la catégorie de risques au titre de la transformation sera sous réserve de notre consentement et reposera sur les règles et les pratiques administratives alors en vigueur.

Avenant d'assurance vie temporaire – suite

La prime exigée pour la couverture d'assurance transformée sera établie en fonction des primes ou des taux du coût de l'assurance pour le produit alors en vigueur et le montant d'assurance demandés en fonction du sexe et de l'âge atteint de la personne assurée à la date de transformation, et tiendra compte de la catégorie de risques appropriée établie en fonction de cette option de transformation d'assurance vie temporaire. Le présent avenir prendra fin à la date précédant la date d'entrée en vigueur du contrat transformé.

Option de transformation -suite:

Si le contrat, dont le présent avenir fait partie, comporte un avenir d'exonération de primes ou des frais en cas d'invalidité alors, à votre demande, le contrat transformé peut également comporter la même disposition au titre de la personne assurée, si offerte et permise en vertu des conditions de l'avenant, sous réserve de la réception d'une preuve d'assurabilité que nous jugeons satisfaisante.

L'offre des avenants et des garanties au titre du contrat transformé est sous réserve des règles et des pratiques administratives alors en vigueur.

Si l'option de transformation est exercée pendant que les primes et les frais sont exonérés au titre du présent avenir en vertu d'une disposition d'exonération de primes ou des frais en cas d'invalidité pour le contrat dont le présent avenir fait partie, les primes ne seront pas exonérées et deviendront payables en vertu du contrat transformé.

Si le présent avenir comporte une disposition d'exonération des primes en cas d'invalidité totale et que la personne assurée devient invalide avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché de son 60^e anniversaire de naissance et que l'invalidité continue jusqu'à l'anniversaire contractuel le plus rapproché de son 65^e anniversaire de naissance, la transformation n'ayant pas été précédemment demandée, il sera possible de transformer le présent avenir en un produit d'assurance vie permanente que nous aurons déterminé et sous réserve des règles et pratiques administratives alors en vigueur. Les primes du nouveau contrat transformé seront exonérées aussi longtemps que dure l'état d'invalidité.

Toute preuve de santé et toute preuve d'assurabilité de la personne assurée, qui faisaient partie du contrat au plus tard à la date de transformation, feront partie du contrat en vertu duquel l'assurance transformée est fournie.

Si le présent avenir contient des exclusions, des exclusions similaires s'appliqueront à l'assurance nouvellement souscrite, en plus de toute restriction liée à nos obligations contractuelles concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture transformée alors établie.

Option de

transformation partielle :

Vous pouvez choisir d'exercer l'option de transformation partielle qui vous permet de transformer votre contrat en un nouveau contrat avec une somme assurée inférieure à la somme assurée maximale permise en vertu de l'option de transformation. Au moment de la transformation partielle, vous pouvez choisir de conserver le présent avenir, avec une somme assurée réduite, sous réserve que cette somme assurée réduite ne soit pas inférieure au minimum requis en vertu de cet avenir. Ceci, à la condition que le montant de la prestation de décès payable en vertu de cet avenir, additionné du montant de la garantie payable en vertu du nouveau contrat transformé, ne soit pas supérieur au montant qui aurait éventuellement été versé par la Compagnie au décès ou au moment de l'invalidité de la personne assurée si la transformation partielle n'avait pas eu lieu.

La catégorie de risques, la classification selon le style de vie et les taux du coût de l'assurance ou les taux de prime au titre du présent avenir peuvent aussi changer en fonction des règles établies par la Compagnie sur le montant minimal pour le montant restant au titre de cet avenir.

Au moment de la transformation partielle, les primes futures ou les frais relatifs au coût de l'assurance et les garanties associées à cet avenir réduit seront déterminés en fonction de la somme assurée réduite.

Les conditions de l'option de transformation et de l'option de transformation partielle s'appliqueront aussi à cet avenir réduit.

Avenant d'assurance vie temporaire – suite

Option d'échange

de l'assurance vie temporaire renouvelable et transformable

de 10 ans :

Si cet 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 contre un avenant d'assurance vie temporaire de 20 ans renouvelable et transformable sans présenter de preuve d'assurabilité, en fonction des règles et pratiques administratives alors en vigueur.

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 à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » et prend fin à la première des dates suivantes soit au 5^e anniversaire contractuel de la couverture de l'avenant ou à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée, date à laquelle l'option d'échange prend fin.

La proposition présentée pour l'échange doit satisfaire à toutes les autres exigences jugées nécessaires par l'Assurance vie Équitable afin d'être conforme aux dispositions du contrat et aux lois applicables.

Vous pouvez échanger la totalité ou une partie du montant de la couverture d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans , sous réserve du consentement de l'Assurance vie Équitable, et du montant d'assurance minimal exigé au moment de la demande. Le montant de l'avenant de l'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans ne peut pas être supérieur au montant de la couverture d'assurance de l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans et ne doit pas être inférieur au montant minimal exigé.

Toute demande d'augmentation du montant de la couverture d'assurance doit être accompagnée d'une preuve d'assurabilité, en fonction des règles et des pratiques administratives alors en vigueur.

La prime requise pour l'échange de l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans sera établie en fonction de nos taux alors en vigueur et le montant de couverture d'assurance demandé en fonction du sexe et de l'âge atteint de la personne assurée à la date de l'échange. Nous déterminons et appliquerons une catégorie de risques similaire à celle de l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans qui est échangé en fonction de nos règles et pratiques administratives alors en vigueur. La date d'entrée en vigueur de l'avenant d'assurance vie temporaire de 20 ans renouvelable et transformable 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 de 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 de primes en cas d'invalidité.

Toute preuve portant sur la santé et l'assurabilité de la personne assurée qui faisait partie du contrat au plus tard à la date de l'échange fera partie du contrat qui prévoit la couverture d'assurance vie renouvelable et transformable de 20 ans échangée.

Si des exclusions s'appliquent à l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 10 ans , des exclusions similaires s'appliqueront à l'avenant d'assurance vie temporaire renouvelable et transformable de 20 ans en plus des restrictions habituelles concernant nos obligations contractuelles concernant le type, le montant et la catégorie de risques de la couverture échangée alors établie.

Avenant d'assurance vie temporaire – suite

Remise en vigueur :

- a) Si le présent avenir tombe en déchéance à la fin du délai de grâce en raison du non-paiement d'une prime exigible, le présent avenir peut être remis en vigueur en effectuant le paiement de la prime en souffrance dans un délai supplémentaire de trente (30) jours suivant la fin du délai de grâce, mais seulement si la personne assurée en vertu du présent avenir est en vie au moment où le paiement est effectué.
- b) Si le présent avenir tombe en déchéance et ne fait pas l'objet d'une remise en vigueur en vertu du paragraphe (a), l'avenant pourra être remis en vigueur dans les deux (2) ans suivant sa date de déchéance. Il suffit que vous présentiez une demande par écrit à cet effet et une preuve d'assurabilité satisfaisante de concernant la personne assurée, selon l'âge atteint et les lignes directrices sur la tarification alors en vigueur, déterminées par l'Assurance vie Équitable.

La demande de remise en vigueur du présent avenir doit être accompagnée d'un paiement égal à la somme de ce qui suit :

- (i) les primes qui auraient été exigées afin de maintenir l'avenant en vigueur à partir de la date de déchéance jusqu'à la date de remise en vigueur; et
- (ii) l'intérêt exigible sur le montant ci-dessus.

Ces montants seront déterminés par l'Assurance vie Équitable au moment de la demande de remise en vigueur.

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

Résiliation ou expiration : Le présent avenir ainsi que toutes les garanties qui y sont associées prendront fin à la première des dates suivantes :

- (a) la date d'expiration du présent avenir;
- (b) la date de déchéance du contrat;
- (c) la date d'expiration du contrat;
- (d) la date du décès de la personne assurée; ou
- (e) la date d'entrée en vigueur du contrat distinct d'assurance vie temporaire ou du contrat transformé.

Annulation :

Vous pouvez annuler le présent avenir en tout temps en envoyant une demande à la Compagnie. À la date de réception de votre demande d'annulation, les primes payables ou les frais relatifs au coût de l'assurance applicables au présent avenir prendront fin et le présent avenir, la prestation de décès ainsi que toutes les garanties qui y sont associées prendront fin.

OPTION ASSURABILITÉ GARANTIE FLEXIBLE

AVENANT DE L'OPTION ASSURABILITÉ GARANTIE FLEXIBLE POUR ENFANTS

Garantie : Le présent avenant prévoit des garanties sur la tête de la personne assurée indiquées dans le présent avenant à la section intitulée « Description des garanties » de la police à laquelle est annexé le présent avenant.

À compter de chaque date d'option indiquée à la section intitulée « Description des garanties » et pourvu que le contrat et l'avenant soient en vigueur, la titulaire ou le titulaire du contrat peut exercer l'option pour un nouveau contrat sur la tête de la personne assurée couverte en vertu du présent avenant, sans preuve d'assurabilité. Le nouveau contrat doit être établi pour un montant n'excédant pas le montant de l'option correspondant à la date d'option comme elle est indiquée à la section intitulée « Description des garanties ». La Compagnie doit avoir reçu à son siège social une proposition d'assurance complète et dûment remplie pour le nouveau contrat dans un délai de soixante (60) jours allant jusqu'à la date de l'option inclusivement et ce, accompagnée du règlement pour le nouveau contrat conforme aux règles administratives et aux lignes directrices de la Compagnie alors en vigueur.

Le nouveau contrat pourra être établi pour toute police d'assurance vie temporaire ou permanente ou une combinaison d'un de ces régimes avec un avenant d'assurance temporaire, établi par l'Équitable à ce moment, pourvu que le choix du mode d'affectation des participations ou de l'option de prestation de décès n'augmente pas la somme assurée et est sous réserve des règles administratives et des lignes directrices en vigueur au moment de la proposition d'assurance. La prime du nouveau contrat sera établie en fonction des taux de la Compagnie à la date d'établissement du nouveau contrat pour l'âge atteint de la personne assurée dans la catégorie de risques applicable à la personne assurée comme le déterminera la Compagnie à la date de l'option.

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

Si le contrat comprend une disposition d'exonération de primes en cas d'invalidité sur la tête de la personne assurée couverte en vertu du présent avenant, le nouveau contrat pourra aussi comprendre une disposition d'exonération de primes en cas d'invalidité sous réserve des règles administratives et des lignes directrices de la Compagnie en vigueur au moment de la proposition d'assurance.

Si ce contrat comprend une disposition d'exonération de primes en cas d'invalidité et une réclamation en vertu du présent avant d'exonération de primes a été effectuée et acceptée par la Compagnie, les primes au titre du contrat et du présent avenant seront exonérées conformément aux conditions de la disposition d'exonération de primes en cas d'invalidité. Si une date d'option arrive à échéance alors que les primes sont exonérées au titre du contrat, la titulaire ou le titulaire peut exercer l'option pour un nouveau contrat sur la tête de la personne assurée pour le montant d'option correspondant comme indiqué ci-dessus; cependant, les primes en vertu du nouveau contrat ne seront pas exonérées et deviendront payables.

Option spéciale : À la première date d'option, si l'option n'est pas exercée pour le montant entier de l'option, la Compagnie continuera, sauf indication contraire par écrit par la titulaire ou le titulaire, de facturer automatiquement la prime en proportion de cette partie résiduelle du montant initial de l'option et prolongera la date d'option correspondante pour un an. Les dispositions du présent avenant s'appliqueront alors à ce nouveau montant d'option ainsi qu'à cette nouvelle date.

Le présent avenant prendra fin automatiquement à chaque fois qu'une partie du montant initial résiduel de l'option devient inférieure au montant minimal au titre du contrat alors exigé par la Compagnie.

Frais de la garantie : La prime précisée pour chaque montant de l'option est payable à la date de l'option appropriée indiquée à la section intitulée « Description des garanties ».

Expiration : Le présent avenant prendra fin à la date de l'événement qui survient en premier :

- a) à la dernière date de l'option en vertu du présent avenant;
- b) à la date de déchéance de ce contrat ou autre date où le contrat prend fin; et
- c) à la date à laquelle se terminent toutes les couvertures d'assurances applicables à la personne assurée couverte en vertu du présent avenant.

AVENANT D'ASSURANCE MALADIES GRAVES ÉQUIVIVRE^{MD}

Renouvelable de dix ans jusqu'à l'âge de 75 ans

(les régimes « uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans », « uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans, couverture à vie », « couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans » et « couverture 20 paiements à vie » sont aussi offerts)

DÉFINITIONS

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

Le présent avenir 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 avenir dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du contrat. Aux fins du présent avenir, la personne assurée fait référence à la personne qui est assurée en vertu du présent avenir. 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 avenir ne s'appliquent qu'à la personne assurée en vertu du présent avenir.

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre avenir d'assurance maladies graves ÉquiVivre. Certains termes utilisés, mais non définis dans le présent avenir, 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 infantiles couvertes, les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce dans le présent avenir, 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 infantiles couvertes, les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, ne sont pas couverts en vertu du présent avenir. 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 avenir sont en dollars canadiens.
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 une 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 avenir est en vigueur.
Date d'entrée en vigueur :	Le présent avenir prend effet à la date d'entrée en vigueur indiquée à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description de garanties » du présent avenir pourvu que :
	a) le montant total de la prime initiale a été payé à la Compagnie; et
	b) l'assurabilité de l'une ou l'autre des personnes assurées en vertu du présent avenir n'a pas changé à partir de la date à laquelle la proposition d'assurance a été remplie jusqu'à la date indiquée dans les lois d'assurance applicables.
Date d'expiration (expiration) :	Si la somme assurée n'a pas été versée, et que le présent avenir n'a pas été résilié autrement, le présent avenir prendra fin à la date indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent avenir qui correspond à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 75 ^e anniversaire de naissance de la personne assurée (voir également Résiliation du présent avenir).
Report de la date d'expiration :	Si l'expiration du présent avenir 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 avenir demeurera en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes :
	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,

DÉFINITIONS (suite)

si le présent avenir n'a pas pris fin en raison d'autres dispositions en vertu de l'avenant.

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.

Déficit neurologique : Les déficits neurologiques doivent être détectables par une 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 avenir et que l'on nomme « personne assurée » au titre du présent avenir 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.

Contrat : Le terme « contrat » signifie le contrat d'assurance auquel le présent avenir est annexé et dont le présent avenir fait partie.

Spécialiste : 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.

Le terme « spécialiste » inclut, entre autres, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste.

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.

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.

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 avenir 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 avenir à l'égard de toute personne assurée survivante en vertu du présent avenir, un contrat d'assurance maladies graves distinct, sans preuve d'assurabilité.

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

- une date d'entrée en vigueur qui est la même que celle du présent avenir;
- les mêmes garanties, catégorie de risques et statut tabagique que ceux du présent avenir;
- les mêmes taux de prime en vigueur à la date de l'échange;
- l'âge de la personne assurée au moment où le présent avenir 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 avenir et celui qui est applicable au nouveau contrat.

La présente disposition d'échange de l'avenant ne s'applique qu'au présent avenir.

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 avenir est en vigueur, la personne assurée reçoit le diagnostic de l'une des affections graves couvertes, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes, ou reçoit le diagnostic de l'une des affections infantiles graves couvertes, selon la définition figurant parmi les définitions des affections infantiles 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 grave couverte ou l'affection infantile grave couverte, la prestation ÉquiVivre devient payable, sous réserve des restrictions et des exclusions applicables énoncées dans le présent avenir.

La prestation ÉquiVivre est payable à la personne assurée (ou à toute ou à tout autre bénéficiaire désigné), à condition que le présent avenir 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 ou la satisfaction de toutes les exigences relatives à l'affection infantile grave couverte, selon la définition figurant parmi les définitions des affections infantiles graves couvertes du présent avenir. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, qui ne sont pas expressément définis comme une affection grave couverte parmi les définitions des affections graves couvertes et qui ne sont pas expressément définis comme une affection infantile grave couverte parmi les définitions des affections infantiles graves couvertes du présent avenir, 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.

La prestation ÉquiVivre n'est payable qu'une seule fois par personne assurée et pour une seule affection grave couverte ou une seule affection infantile grave couverte. Le présent avenir 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 ou de plus d'une affection infantile grave couverte. Le versement de la prestation ÉquiVivre représente la totalité des obligations à l'égard de toutes les demandes de prestation, des couvertures d'assurance, des avenants et des prestations en vertu du présent avenir 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 ou des affections infantiles 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 avenir ou le contrat.

Prestation de dépistage précoce :

Si, pendant que le présent avenir 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 avenir.

PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE (suite)

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 avenir 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 avenir. 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 avenir, 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 avenir, 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 avenir.

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 avenir.

Cancer précoce de la prostate :

Diagnostic formel de cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé sans noeuds 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 avenir, 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 avenir.

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.

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

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

- de TSGI gastriques et de l'épiploon, 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 avenir.

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 avenir.

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 avenir.

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 avenir.

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 avenir.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS INFANTILES GRAVES COUVERTES

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

La couverture pour les affections infantiles graves couvertes prend fin automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- a) la date du 25^e anniversaire de naissance de la personne assurée;
- b) la date de décès de la personne assurée; ou
- c) la date d'expiration du présent avenir.

Paralysie cérébrale :

Diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif caractérisé par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

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

Cardiopathie congénitale :

- a) Un diagnostic formel de l'une des affections cardiaques suivantes :

- Retour veineux anormal
- Tronc artériel commun
- Transposition des gros vaisseaux
- Tétralogie de Fallot
- Atrésie d'une valve cardiaque
- Syndrome d'Eisenmenger
- Coarctation de l'aorte
- Ventricule à double entrée
- Ventricule unique
- Hypoplasie du ventricule droit
- Hypoplasie du cœur gauche
- Maladie d'Ebstein
- Ventricule gauche à double issue

Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un cardiologue pédiatre qualifié et être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque.

OU

- b) La pratique d'une chirurgie à cœur ouvert pour remédier à l'une des affections suivantes :

- Sténose pulmonaire
- Sténose aortique
- Sténose aortique sous-valvulaire modérée
- Communication interventriculaire
- Communication interauriculaire

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. Le diagnostic doit être posé par une cardiologue ou un cardiologue pédiatre qualifié et être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque. La chirurgie doit être considérée comme nécessaire du point de vue médical et pratiquée par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la cardiopathie congénitale dans le cas des techniques à base de cathéter comme la valvuloplastie au ballonnet ou la fermeture percutanée de la communication interauriculaire. Toutes les autres affections congénitales sont exclues.

Fibrose kystique :

Diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

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

Dystrophie musculaire :

Diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.

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

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS INFANTILES GRAVES COUVERTES (suite)

Dystrophie musculaire :

Diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.

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

Diabète sucré de type 1 :

Diagnostic formel de diabète sucré de type 1 caractérisé par une insuffisance totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. Il doit y avoir une preuve de dépendance à l'insuline de la personne assurée pendant une période minimale de trois mois.

Le diagnostic du diabète sucré de type 1 doit être posé par une pédiatre ou un pédiatre ou un endocrinologue qualifié.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES

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

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 avenir, contribuant à ou causée par tout type de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenir) si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent avenir ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir, la personne assurée :

- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenir); 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 avenir), 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 à l'Assurance vie Équitable dans un délai de 180 jours si, suivant la dernière des dates suivantes : soit 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent avenir ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir, 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 avenir). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du présent avenir 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 avenir, 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 avenir 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 avenir);
- affection couverte découlant directement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenir);
- affection couverte découlant directement du traitement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent avenir).

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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

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 ulcétré 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 avenir.

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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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.

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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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 transcatéter percutanée; ou
- intervention non chirurgicale.

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 3 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.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la perte d'autonomie dans le cas de l'incapacité d'une personne assurée à effectuer trois activités de la vie quotidienne en raison d'un retard dans la réalisation des étapes du développement. Pour être admissibles à la prestation au titre de la perte d'autonomie, les activités de la vie quotidienne doivent être réalisées et maintenues et ensuite perdues en raison d'une maladie ou d'une blessure.

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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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

Greffé 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.

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 d'entrée en vigueur ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir 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;
- neuromyélite 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 d'entrée en vigueur du présent avenir ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir 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 avenir), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu du présent avenir).

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 d'entrée en vigueur du présent avenir ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir 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;

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

- 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.

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 d'entrée en vigueur du présent avenir ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir 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.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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.

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 avenir, contribuant à ou causée par tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenir) si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent avenir ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir, la personne assurée : <ol style="list-style-type: none"> a) a reçu un diagnostic de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenir); 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 avenir), 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 d'entrée en vigueur du présent avenir ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenir, 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 avenir). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du présent avenir 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 avenir, 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'avenir 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 avenir);
- affection couverte découlant directement d'un cancer (couvert ou non en vertu du présent avenir); et
- affection couverte découlant directement du traitement d'un cancer (couvert ou non en vertu du présent avenir).

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

Exclusions :	En plus de toutes les exclusions énoncées dans le présent avenir, 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 :
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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;

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS (suite)

- 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.

Affection couverte à l'extérieur du Canada :	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 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 b) les dossiers médicaux fournis démontrent de façon satisfaisante à l'Assurance vie Équitable que : <ol style="list-style-type: none"> 1. le même diagnostic aurait été posé si la maladie ou l'accident avait eu lieu au Canada; 2. un traitement immédiat aurait été prescrit selon les normes canadiennes; 3. le même traitement, impliquant l'intervention chirurgicale particulière, aurait été recommandé si le traitement avait eu lieu au Canada; et c) la personne assurée devra être soumise à un examen médical indépendant par une 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 avenir, pour la période indiquée dans le tableau des primes ou le tableau des frais du présent avenir. 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 avenir 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 avenir et du contrat dans un délai de deux ans après la date de déchéance du contrat. Pour remettre le présent avenir en vigueur, voici les exigences :

- a) une preuve attestant de la bonne santé et de l'assurabilité de la personne assurée, jugées satisfaisantes par la Compagnie, et
- b) 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 avenir.

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 avenir ne peut être remis en vigueur que si le contrat est remis en vigueur.

DROIT DE MODIFICATION

Vous avez l'option de changer votre avenir 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 :

- a) votre avis doit être reçu par la Compagnie avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché de l'anniversaire de naissance de la personne assurée;
- b) vous ne demandez aucune augmentation de la somme assurée; et
- c) le présent avenir 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 avenir 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 avenir 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 avenir 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 avenir 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 avenir à son siège social à Waterloo, en Ontario; ou
- g) la date d'expiration du présent avenir indiquée à la page intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent avenir.

Annulation : vous pouvez annuler le présent avenir 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 avenir prendront fin, et le présent avenir 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 avenir d'assurance maladies graves ÉquiVivre.

Cession : La titulaire ou le titulaire peut céder le présent avenir 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 : À l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 18^e anniversaire de naissance de la personne assurée, nous la classifrons en tant que personne fumeuse et les primes augmenteront. La personne assurée peut demander un changement pour passer à la catégorie des personnes non fumeuses. Si nous approuvons la demande, les primes demeureront au même taux qui était affecté à la date du contrat.

Conformité avec la législation provinciale : Si une ou plusieurs des modalités, dispositions ou conditions du présent avenir 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 avenir, 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

Exonération : L'Assurance vie Équitable est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du présent avenir, 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 avenir 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 avenir ne doivent pas être utilisées pour défendre une demande de réclamation ou pour annuler le présent avenir, sauf si elles figurent dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite donnée comme preuve d'assurabilité.

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 avenir au titre d'une affection couverte;

DISPOSITIONS LÉGALES (suite)

- b) dans les 90 jours suivant la date à laquelle une demande de réclamation survient en vertu du présent avenir 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 avenir.

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 avenir, 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 avenir, 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 avenir est en cours.

Délai de paiement des sommes :

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

**EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ DE
LA PROPOSANTE OU DU PROPOSANT**

AVENANT D'EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ DE LA PROPOSANTE OU DU PROPOSANT

Toutes les dispositions et définitions du contrat s'appliquent au présent avenir de remboursement des primes, à moins qu'elles ne soient modifiées par les dispositions du présent avenir.

La proposante ou le proposant s'entend de la personne assurée en vertu de l'avenant d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant comme l'indique la section intitulée « Description des garanties ». La personne assurée s'entend de la personne assurée en vertu du contrat auquel est joint le présent avenir comme l'indique la section intitulée « Description des garanties ».

Garantie d'exonération de primes en cas d'invalidité :

Disposition de la garantie : Si le présent avenir d'exonération de primes en cas d'invalidité (l'« avenir ») et le contrat auquel il est joint sont en vigueur et une preuve de la continuité de l'invalidité totale de la proposante ou du proposant, en vertu du présent avenir, pour une période minimale de six (6) mois nous a été fournie, et si nous avons accepté la demande, l'Assurance vie Équitable exonérera le paiement de chaque prime due en vertu du contrat jusqu'à ce que la personne assurée atteigne l'âge de 21 ans en vertu du contrat auquel le présent avenir est joint, ou jusqu'à ce que la proposante ou le proposant ne soit plus invalide, selon le premier événement à survenir. Par contre, aucune des primes payables au cours des douze (12) mois précédent la réception de l'avis d'invalidité totale au siège social de l'Équitable à Waterloo, en Ontario, ne sera exonérée.

Date d'expiration : La date d'expiration du présent avenir est la date du premier événement à survenir entre l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la proposante ou du proposant en vertu du présent avenir, ou jusqu'à ce que la personne assurée, en vertu du contrat auquel le présent avenir est joint, atteigne l'âge de 21 ans. Si aucune réclamation en vertu du présent avenir d'exonération de primes n'a été effectuée avant la date d'expiration de cet avenir, les primes et les garanties payables en vertu du présent avenir prendront fin à la date d'expiration.

Invalidité totale : Les termes « invalidité totale » et « totalement invalide » signifient qu'en raison d'une maladie ou une blessure corporelle, la proposante ou le proposant n'est pas en mesure d'accomplir toutes les tâches se rapportant à sa profession régulière. Si la proposante ou le proposant n'a pas de profession régulière, les termes « invalidité totale » et « totalement invalide » signifient toute profession pour laquelle la proposante ou le proposant est qualifié en raison de sa scolarisation, de sa formation ou de son expérience.

Une fois que les primes auront été exonérées pour une période de vingt-quatre (24) mois, les termes « invalidité totale » et « totalement invalide » signifieront que la proposante ou le proposant ne sera pas en mesure d'accomplir les tâches se rapportant à toute profession pour laquelle il est qualifié en raison de sa scolarisation, de sa formation ou de son expérience.

L'invalidité totale n'existera pas si la proposante ou le proposant exerce une activité professionnelle rémunérée.

Preuve de la continuité de l'invalidité totale : Avant ou après l'approbation de toute réclamation en vertu de cet avenir, l'Équitable peut, de temps à autre, demander que vous lui présentiez des preuves de la continuité de l'invalidité totale. Si aucune preuve d'invalidité totale n'est fournie, la proposante ou le proposant sera irréfutablement réputé avoir cessé d'être totalement invalide à partir de la date de la demande de ces preuves.

Droit d'examen : Comme condition préalable à notre approbation de l'exonération des primes en cas d'invalidité en vertu du présent contrat, la requérante ou le requérant de la réclamation sera tenu de nous offrir la possibilité de faire subir à la proposante ou au proposant un examen médical en temps raisonnable et aussi souvent qu'il est raisonnable tant que la demande de prestations est en suspens et pendant toute période d'invalidité totale.

Rechute en invalidité totale : Si, après une période d'invalidité totale, la proposante ou le proposant n'est plus admissible à une exonération en vertu du présent avenir, toute invalidité subséquente qui commence pendant que cet avenir est en vigueur et qui résulte de la même cause ou des mêmes causes sera considérée comme étant une continuation de l'invalidité totale antérieure si la période d'inadmissibilité est de moins de six (6) mois. Nous considérerons qu'il s'agit d'une nouvelle invalidité totale si la période d'inadmissibilité est de six (6) mois ou plus.

AVENANT D'EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ DE LA PROPOSANTE OU DU PROPOSANT

(suite)

Garantie d'exonération de primes en cas de décès :

Disposition de la garantie : Si le présent avenir d'exonération de primes en cas de décès (l'« avenir ») et le contrat auquel il est joint sont en vigueur et une preuve de décès de la proposante ou du proposant en vertu du présent avenir nous a été fournie, et si nous avons accepté la demande, l'Assurance vie Équitable exonérera le paiement de chaque prime due en vertu du contrat jusqu'à ce que la personne assurée, en vertu du contrat auquel le présent avenir est joint, atteigne l'âge de 21 ans.

Date d'expiration : La date d'expiration du présent avenir est la date du premier événement à survenir entre l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la proposante ou du proposant en vertu du présent avenir, ou jusqu'à ce que la personne assurée, en vertu du contrat auquel le présent avenir est joint, atteigne l'âge de 21 ans. Si aucune réclamation en vertu du présent avenir d'exonération de primes en cas de décès n'a été effectuée avant la date d'expiration de cet avenir, les primes et les garanties payables en vertu du présent avenir prendront fin à la date d'expiration.

Dispositions générales :

Avis et preuve

de réclamation :

Un avis écrit et une preuve de réclamation en vue de la garantie d'exonération de primes en cas d'invalidité doivent être déposés auprès de l'Assurance vie Équitable, à son siège social à Waterloo, en Ontario :

- a) pendant que la proposante ou le proposant est en vie, et
- b) avant les douze (12) mois suivant la date d'expiration du présent avenir.

Un avis écrit et une preuve de réclamation en vue de la garantie d'exonération de primes en cas de décès doivent être déposés auprès de l'Assurance vie Équitable, à son siège social à Waterloo, en Ontario, et ce, avant les douze (12) mois suivant la date d'expiration du présent avenir.

Déclaration erronée de l'âge :

L'Équitable se réserve le droit d'exiger des preuves satisfaisantes de la date de naissance de la proposante ou du proposant en vertu du présent avenir avant de verser la prestation payable en vertu de cet avenir. Si, à la date d'entrée en vigueur du présent avenir, la proposante ou le proposant a plus de 55 ans, l'obligation de la Compagnie en vertu du présent avenir se limitera aux primes payées pour cet avenir depuis la date d'entrée en vigueur du contrat et aucune prime ne sera exonérée en vertu du présent avenir.

Prime :

Le montant et la durée du paiement des primes payables pour le présent avenir d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant sont indiqués dans la section intitulée « Tableau des primes » de la police.

Remise en vigueur :

Cet avenir ne sera pas remis en vigueur même si le contrat tombe en déchéance et est ensuite remis en vigueur.

Exclusions :

Il n'y aura aucune exonération de primes en vertu du présent avenir d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant, si le décès ou l'invalidité totale de la proposante ou du proposant découle directement ou indirectement d'une des causes suivantes :

- une tentative de suicide ou des blessures que cette personne s'est infligées intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- un mauvais usage de médicaments ou l'abus de drogues ou de substances intoxicantes;
- l'omission d'obtenir et de suivre les conseils d'une médecin ou d'un médecin autorisé;
- une guerre ou un acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, actes d'hostilité des forces armées d'un pays ou d'organismes internationaux;
- le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel;
- la conduite d'un véhicule motorisé alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- l'ingestion d'un poison.

AVENANT D'EXONÉRATION DE PRIMES EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ DE LA PROPOSANTE OU DU PROPOSANT
(suite)

Résiliation : Le présent avenir ainsi que toutes les garanties qui y sont associées prendront fin à la première des dates suivantes :

- a) la date d'expiration du présent avenir;
- b) la date de déchéance du contrat;
- c) la date d'expiration du contrat;
- e) la date à laquelle la prestation, en vertu du contrat, devient payable.

Annulation : Vous pouvez annuler le présent avenir d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant, en tout temps, en envoyant une demande à la Compagnie. À la date de réception de votre demande d'annulation, les primes au titre du présent avenir prendront fin et cet avenir ainsi que toutes les garanties qui y sont associées prendront fin.

ÉCHANTILLON