

Assurance vie entière avec participation Équimax (pour adultes)

Avenants facultatifs

(12 février 2022)

Garantie supplémentaire en cas de mort accidentelle	2
Avenant de protection pour enfants	4
Avenant d'exonération de primes en cas d'invalidité	6
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)	9
Avenant d'assurance vie temporaire (Offerts avec les régimes d'assurance vie sur une tête seulement)	23

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 manoeuvres dans les forces armées d'un pays, ou
 - (c) aux fins d'enseignement ou de formation.
4. Le service dans les forces armées d'un pays qui est dans un état de guerre, qu'elle soit déclarée ou non.
5. La consommation de drogue ou de poison sous quelque forme que ce soit, ou l'inhalation de gaz ou de fumée, qu'elle soit volontaire ou non.

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

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

AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS

ÉCHANTILLON

AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS

Enfant assurée ou assuré : Dans le présent avenant :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 considèrerons que l'avis de réclamation écrit aura été reçu à la date à laquelle les preuves d'invalidité établies auront été reçues au siège social de la Compagnie.

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

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

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

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

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

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

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

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 avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre. Tous les autres termes et toutes les autres conditions et dispositions du contrat s'appliquent au présent avenant, sauf s'ils sont expressément modifiés dans le présent avenant.

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

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

Bénéficiaire :	La bénéficiaire ou le bénéficiaire d'une prestation au titre de la maladie ou de l'affection couverte est la personne assurée, sauf indication contraire de la part de la titulaire ou du titulaire du contrat.
Anniversaire de naissance :	L'anniversaire du jour auquel une personne est née qui exclut le jour où elle est née.
Affection couverte :	Une affection couverte est une affection ou une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce dans le présent avenant, et qui satisfait à toutes leurs exigences. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, dont la définition ne figure expressément pas parmi les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, ne sont pas couvertes en vertu du présent avenant. Aucune prestation au titre de la maladie ou de l'affection couverte ne sera versée pour une telle affection ou maladie, un tel trouble ou une telle intervention chirurgicale.
Prestation au titre d'une affection couverte :	La prestation au titre d'une affection couverte s'entend de la prestation ÉquiVivre ou de la prestation de dépistage précoce.
Monnaie :	Tous les montants dus à la Compagnie et versés par la Compagnie en vertu du présent avenant sont en dollars canadiens.
Diagnostic (diagnostiquée) :	Le diagnostic de toute affection couverte, ou d'une recommandation d'une intervention chirurgicale visant à traiter toute affection couverte nécessitant une intervention chirurgicale, doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. En l'absence du spécialiste, une affection pourra être diagnostiquée par un autre médecin praticien compétent approuvé par notre Compagnie. La date du diagnostic est la date à laquelle le spécialiste ou le spécialiste pose le diagnostic de l'affection couverte. Le diagnostic posé doit être appuyé par une preuve médicale objective; et la date du diagnostic doit survenir pendant que le présent avenant est en vigueur.
Date d'entrée en vigueur :	Le présent avenant prend effet à la date d'entrée en vigueur indiquée à la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description de garanties » du présent avenant 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 avenant 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 avenant n'a pas été résilié autrement, le présent avenant prendra fin à la date indiquée dans la section intitulée « Particularités de l'assurance » ou « Description des garanties » du présent avenant qui correspond à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 75 ^e anniversaire de naissance de la personne assurée (voir également Résiliation du présent avenant).
Report de la date d'expiration :	Si l'expiration du présent avenant survient pendant la période de survie de la personne assurée à la suite du diagnostic d'une affection ou d'une maladie couverte, ou encore d'une intervention chirurgicale pour une affection ou une maladie couverte, le présent avenant demeurera en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes : 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 avenant 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 un spécialiste ou un spécialiste et peuvent comprendre, notamment une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

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

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

Spécialiste : 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 avenant est en vigueur, lorsque la prestation de décès en vertu du contrat devient payable entraînant ainsi la résiliation du contrat, la titulaire ou le titulaire de ce contrat ou, le cas échéant, le titulaire de contrat subsidiaire peut demander par écrit, dans un délai de 60 jours suivant le décès de la personne assurée, l'échange du présent avenant à l'égard de toute personne assurée survivante en vertu du présent avenant, 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 avenant;
- les mêmes garanties, catégorie de risques et statut tabagique que ceux du présent avenant;
- les mêmes taux de prime en vigueur à la date de l'échange;
- l'âge de la personne assurée au moment où le présent avenant a été établi;
- des frais de contrat supplémentaires imputés par l'Assurance vie du Canada (les frais de contrat applicables seront déterminés en fonction de nos règles administratives et lignes directrices au moment de l'échange); des rajustements de prime pourraient s'avérer nécessaires conformément à nos règles administratives et lignes directrices dans le cas où il y aurait une différence entre le facteur de périodicité du présent avenant et celui qui est applicable au nouveau contrat.

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

PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE

Prestation ÉquiVivre

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

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

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

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

Prestation de dépistage précoce :

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

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

PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE (suite)

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

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

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

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

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

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

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

Angioplastie coronarienne :

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

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

Cancer canalaire du sein :

Diagnostic formel de présence du carcinome in situ du sein.

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

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

Cancer précoce de la prostate :

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

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

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

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

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

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

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

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

- de TSGI gastriques et de l'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 avenant.

Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mélanome malin superficiel :

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

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

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

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

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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 avenant.

Coma :

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

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

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

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

Pontage coronarien :

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

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

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

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

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.

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.

Greffe d'un organe vital :

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

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

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;
- neuromyéélite 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 avenant ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenant si cette date est postérieure, la personne assurée :

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

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

Infection à VIH contractée au travail :

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

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'entrée en vigueur du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenant 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 avenant ou la date de la dernière remise en vigueur du présent avenant 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 un 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 un 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 avenant, contribuant à ou causée par tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent avenant) si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent avenant ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent avenant, la personne assurée :

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

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

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS (suite)

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

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

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

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

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

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:

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

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

- 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 avenant.

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

DROIT DE MODIFICATION

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

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

Pour apporter une modification :

- 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 avenant d'assurance maladies graves est en vigueur au moment de la demande de modification et à la date d'entrée en vigueur de la modification.

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

RÉSILIATION

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

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

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

Cession : La titulaire ou le titulaire peut céder le présent avenant à une autre personne comme la loi l'autorise. La cession ne constituera pas une obligation contractuelle pour l'Assurance vie Équitable tant que la Compagnie n'aura pas reçu la demande de cession, par écrit, à son siège social à Waterloo, en Ontario. L'Assurance vie Équitable n'est pas responsable de la validité juridique d'une cession.

Classification de fumeur : Dans le cas du présent avenant, si une personne assurée a été classifiée en tant que personne fumeuse, sous réserve de nos règles administratives et lignes directrices, vous pouvez demander à tout moment un changement pour passer à la catégorie des personnes non fumeuses en fournissant une déclaration écrite à l'Assurance vie Équitable qui comprend des preuves satisfaisantes permettant d'établir le statut tabagique de la personne assurée comme une personne non fumeuse. L'Assurance vie Équitable se réserve le droit d'exiger une preuve de bonne santé avant d'approuver la demande de changement de catégorie de personnes fumeuses.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Conformité avec la législation provinciale :	Si une ou plusieurs des modalités, dispositions ou conditions du présent avenant vont à l'encontre des lois de la province où résidait la personne assurée au moment de la proposition, la modalité, disposition ou condition en cause sera modifiée pour répondre aux exigences minimales de la loi.
Délai de prescription :	Toute action ou procédure intentée contre un assureur, ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du présent avenant, est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais prévus par la <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 avenant, en totalité ou en partie, sauf si la renonciation est clairement exprimée par écrit et signée par l'Assurance vie Équitable. (Si la loi sur les assurances qui régit le présent avenant ne comporte pas une telle condition, cette condition ne s'applique alors pas.)
Faits importants :	Les déclarations faites par la titulaire ou le titulaire ou par la personne assurée au moment de soumettre la proposition d'assurance en vue du présent avenant ne doivent pas être utilisées pour défendre une demande de réclamation ou pour annuler le présent avenant, sauf si elles figurent dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite donnée comme preuve d'assurabilité.

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

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

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

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

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

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

Cette page a été laissée en blanc intentionnellement

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 avenant 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 avenant. 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	<u>Catégorie de risques privilégiée similaire, comme nous le déterminons</u>	<u>Catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminons</u>
Non privilégiée	<u>Catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminons</u>	<u>Catégorie de risques non privilégiée, comme nous le déterminons</u>

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 avenant 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 avenant fait partie, comporte un avenant 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 avenant en vertu d'une disposition d'exonération de primes ou des frais en cas d'invalidité pour le contrat dont le présent avenant fait partie, les primes ne seront pas exonérés et deviendront payables en vertu du contrat transformé.

Si le présent avenant 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 avenant 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 avenant 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 avenant, avec une somme assurée réduite, sous réserve que cette somme assurée réduite ne soit pas inférieure au minimum requis en vertu de cet avenant. Ceci, à la condition que le montant de la prestation de décès payable en vertu de cet avenant, 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 avenant peuvent aussi changer en fonction des règles établies par la Compagnie sur le montant minimal pour le montant restant au titre de cet avenant.

Au moment de la transformation partielle, les primes futures ou les frais relatifs au coût de l'assurance et les garanties associées à cet avenant 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 avenant 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 avenant tombe en déchéance à la fin du délai de grâce en raison du non-paiement d'une prime exigible, le présent avenant 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 avenant est en vie au moment où le paiement est effectué.
- b) Si le présent avenant 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 avenant 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 dépassera pas le taux d'intérêt actuel permis par la loi.

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

- (a) la date d'expiration du présent avenant;
- (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 avenant 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 avenant prendront fin et le présent avenant, la prestation de décès ainsi que toutes les garanties qui y sont associées prendront fin.