

## Assurance vie entière avec participation Équimax (pour enfants)

### Avenants facultatifs

(12 février 2022)

Option assurabilité garantie flexible	1
Avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre <sup>MD</sup>  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)	3
Exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant	22

## **OPTION ASSURABILITÉ GARANTIE FLEXIBLE**

## **AVENANT DE L'OPTION ASSURABILITÉ GARANTIE FLEXIBLE POUR ENFANTS**

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **AVENANT D'ASSURANCE MALADIES GRAVES ÉQUIVIVRE<sup>MD</sup>**

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

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

## DÉFINITIONS

---

*Les conditions et les dispositions du contrat se rapportant uniquement à la couverture d'assurance vie ne s'appliquent pas au présent 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.*

<b>Bénéficiaire :</b>	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.
<b>Anniversaire de naissance :</b>	L'anniversaire du jour auquel une personne est née qui exclut le jour où elle est née.
<b>Affection couverte :</b>	Une affection couverte est une affection ou une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves infantiles couvertes, les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce dans le présent 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 infantiles couvertes, les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, ne sont pas 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.
<b>Prestation au titre d'une affection couverte :</b>	La prestation au titre d'une affection couverte s'entend de la prestation ÉquiVivre ou de la prestation de dépistage précoce.
<b>Monnaie :</b>	Tous les montants dus à la Compagnie et versés par la Compagnie en vertu du présent avenant sont en dollars canadiens.
<b>Diagnostic (diagnostiquée) :</b>	Le diagnostic de toute affection couverte, ou d'une recommandation d'une intervention chirurgicale visant à traiter toute affection couverte nécessitant une intervention chirurgicale, doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. En l'absence du spécialiste, une affection pourra être diagnostiquée par un autre médecin praticien compétent approuvé par notre Compagnie. La date du diagnostic est la date à laquelle la spécialiste ou le spécialiste pose le diagnostic de l'affection couverte. Le diagnostic posé doit être appuyé par une preuve médicale objective; et la date du diagnostic doit survenir pendant que le présent avenant est en vigueur.
<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	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'a pas changé à partir de la date à laquelle la proposition d'assurance a été remplie jusqu'à la date indiquée dans les lois d'assurance applicables.
<b>Date d'expiration (expiration) :</b>	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 <sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne assurée (voir également Résiliation du présent avenant).
<b>Report de la date d'expiration :</b>	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.

**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 figurant parmi les définitions des affections graves couvertes, ou reçoit le diagnostic de l'une des affections infantiles graves couvertes, selon la définition figurant parmi les définitions des affections infantiles graves couvertes, et est toujours en vie à la fin de toute période de survie suivant la date du diagnostic ou la date de l'intervention chirurgicale visant à traiter l'affection grave couverte ou l'affection infantile grave couverte, la prestation ÉquiVivre devient payable, sous réserve des restrictions et des exclusions applicables énoncées dans le présent 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 ou la satisfaction de toutes les exigences relatives à l'affection infantile grave couverte, selon la définition figurant parmi les définitions des affections infantiles graves couvertes du présent avenant. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, qui ne sont pas expressément définis comme une affection grave couverte parmi les définitions des affections graves couvertes et qui ne sont pas expressément définis comme une affection infantile grave couverte parmi les définitions des affections infantiles graves couvertes du présent 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 payable qu'une seule fois par personne assurée et pour une seule affection grave couverte ou une seule affection infantile 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 ou de plus d'une affection infantile grave couverte. Le versement de la prestation ÉquiVivre représente la totalité des obligations à l'égard de toutes les demandes de prestation, des couvertures d'assurance, des avenants et des prestations en vertu du présent 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 ou des affections infantiles graves couvertes; des exclusions et des restrictions énoncées dans la section intitulée « Exclusions et restrictions » et des autres restrictions, conditions et exclusions dans le présent 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.

## **PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE (suite)**

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

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

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

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

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

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

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

Dans les définitions suivantes : i) les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8<sup>e</sup> 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.



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

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 mm<sup>2</sup> 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 mm<sup>2</sup> ou 50 par CFG.

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

### **Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **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 INFANTILES GRAVES COUVERTES**

---

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

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

- a) la date du 25<sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne assurée;
- b) la date de décès de la personne assurée; ou
- c) la date d'expiration du présent avenant.

### **Paralysie cérébrale :**

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

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

### **Cardiopathie congénitale :**

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

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

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

OU

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

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

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

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

### **Fibrose kystique :**

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

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

### **Dystrophie musculaire :**

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

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

## **DÉFINITIONS DES AFFECTIONS INFANTILES GRAVES COUVERTES (suite)**

---

### **Dystrophie musculaire :**

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

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

### **Diabète sucré de type 1 :**

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

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

## **DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES**

---

Voici une liste des définitions des affections graves couvertes qui s'appliquent au présent 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<sup>e</sup> édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC); ii) le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975); et iii) le mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatry Res. 1975;12(3): 189.

### **Lésion cérébrale acquise :**

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

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

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

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

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

### **Chirurgie de l'aorte :**

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

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

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

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

## DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

---

### **Anémie aplastique :**

Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la 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.

**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).

## DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

---

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;
- 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.

## DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

---

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

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

### **Surdité :**

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

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

### **Démence, y compris la maladie d'Alzheimer :**

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

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

La personne assurée doit présenter :

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

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

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

### **Crise cardiaque (infarctus du myocarde) :**

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

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

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

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

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

### **Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque :**

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

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

## **DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)**

---

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

- angioplastie;
- intervention chirurgicale intra-artérielle;
- intervention 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.

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

### **Perte de membres :**

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

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

### **Perte de l'usage de la parole :**

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

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

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

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

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

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

## **DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)**

---

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

### **Grefe 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.

**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;



## DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

---

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

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

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

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

### **Paralysie :**

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

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

### **Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques :**

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

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

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

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

**Période d'exclusion d'un an :** aucune prestation ne sera payable au titre de la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques si, dans l'année suivant la date d'entrée en vigueur du présent 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 une spécialiste ou un spécialiste.

### **Accident vasculaire cérébral :**

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

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

## DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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

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

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;

## **EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS (suite)**

---

- le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel; ou
- conduite d'un véhicule motorisé alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang.

**Affection couverte à l'extérieur du Canada :** 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 un spécialiste ou un spécialiste désigné par l'Assurance vie Équitable si cette dernière en fait la demande. Dans le cas d'une intervention chirurgicale non urgente, ce type d'examen doit être effectué avant l'intervention chirurgicale.

## **PRIMES**

---

**Primes :** Les primes sont payables au titre du présent avenant, pour la période indiquée dans le tableau des primes ou le tableau des frais du présent avenant. En bénéficiant d'une prime renouvelable tous les 10 ans, vos primes garanties seront renouvelées et augmentées automatiquement tous les 10 ans à l'anniversaire contractuel. À l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 75<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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** : À l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 18<sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne assurée, nous la classerons en tant que personne fumeuse et les primes augmenteront. La personne assurée peut demander un changement pour passer à la catégorie des personnes non fumeuses. Si nous approuvons la demande, les primes demeureront au même taux qui était affecté à la date du contrat.
- Conformité avec la législation provinciale** : Si une ou plusieurs des modalités, dispositions ou conditions du présent avenant vont à l'encontre des lois de la province où résidait la personne assurée au moment de la proposition, la modalité, disposition ou condition en cause sera modifiée pour répondre aux exigences minimales de la loi.
- Délai de prescription** : Toute action ou procédure intentée contre un assureur, ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du présent avenant, est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre législation applicable.

## DISPOSITIONS LÉGALES

---

- 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;

## **DISPOSITIONS LÉGALES (suite)**

---

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

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

**Obligation de l'assureur de fournir les formulaires de preuve de réclamation :**

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

**Droit d'examen :**

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

**Délai de paiement des sommes :**

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

**Cette page a été laissée en blanc intentionnellement**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

(suite)

### Garantie d'exonération de primes en cas de décès :

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

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

### Dispositions générales :

#### **Avis et preuve de réclamation :**

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

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

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

#### **Déclaration erronée de l'âge :**

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

#### **Prime :**

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

#### **Remise en vigueur :**

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

#### **Exclusions :**

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

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

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

(suite)

**Résiliation :** Le présent 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;
- e) la date à laquelle la prestation, en vertu du contrat, devient payable.

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

ÉCHANTILLON