

Assistance santé-retraite Sun Life

Numéro du contrat : AV-1234,567-8

Propriétaire : Mary Doe

Aucune option complémentaire n'est incluse dans ce spécimen de contrat :

SPÉCIMEN

Nous fournissons le texte suivant exclusivement pour que vous puissiez vous y reporter facilement. Il ne doit pas être considéré ni interprété comme étant un contrat ou une promesse de contrat. Nous apportons régulièrement des changements au texte de nos contrats et il est donc possible que ce spécimen ne reflète pas le texte du contrat qui pourrait être établi pour votre client. Les termes du contrat effectivement établi pour un client donné régissent nos relations avec le client.

Table des matières

Sommaire du contrat	3
Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours.....	5
Contestation de votre contrat	5
À propos de l'Assistance santé-retraite Sun Life	6
Détermination de la dépendance	6
Détérioration des facultés mentales (troubles cognitifs)	6
Activités de la vie quotidienne	7
Exclusions et restrictions	8
Protection contre l'inflation	8
Faire une demande de règlement	9
Quand faire une demande de règlement	9
Preuve requise	10
Lorsque la demande de règlement est approuvée.....	10
Pour continuer d'être admissible aux prestations.....	10
Faire une demande de règlement dans les 180 jours d'une demande antérieure	11
Quand les prestations cessent d'être payables	11
Quand les primes sont exonérées	11
Remboursement des primes au décès.....	11
Paiement de votre contrat.....	12
Garantie des primes	12
Compte de primes remboursable	12
Si nous ne recevons pas le paiement des primes.....	12
Pour remettre votre contrat en vigueur	12
Droit de résilier le contrat	13
Fin du contrat	13
Autres renseignements sur votre contrat.....	13
Termes utilisés en assurance	14
Conditions légales.....	15

Sommaire du contrat

Dans ce document, *vous* désigne le propriétaire de ce contrat. *Nous et la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Votre contrat a été établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Il est important de lire votre contrat attentivement. Il présente ce qui est payable au titre des garanties et indique les exclusions et les restrictions. Les termes courants du domaine de l'assurance sont expliqués sous le titre *Termes utilisés en assurance*.

Assistance santé-retraite Sun Life

Le numéro de votre contrat est : AV-1234,567-8

La date de votre contrat est : le 2 octobre 2017
Ce contrat est en vigueur à partir de cette date, à condition que la personne assurée soit en vie et que toutes les primes requises soient payées.

La date d'entrée en vigueur de votre couverture est : le 2 octobre 2022
La date d'entrée en vigueur de la couverture correspond à la date à partir de laquelle une demande de prestations peut être présentée, comme nous l'expliquons plus loin.

Le propriétaire du contrat est : Mary Doe

La personne assure est : Mary Doe
date de naissance : le 10 mars 1948

Votre prestation hebdomadaire :

Montant des prestations : 750 \$ par semaine
Délai d'attente : 365 jours consécutifs (1 an)
après la date d'entrée en vigueur de la couverture
Durée des prestations : illimitée

Protection contre l'inflation :

La prestation hebdomadaire augmente de 3 % par année pendant la période de versement des prestations, comme nous l'expliquons à la partie *Protection contre l'inflation*.

Remboursement des primes au décès :

Si la personne assurée décède pendant que ce contrat est en vigueur, une demande de règlement peut être présentée, comme nous l'expliquons à la partie *Remboursement des primes au décès*.

Sommaire du contrat (suite)

- Primes :** Les primes sont payables chaque mois, le 2 du mois, à compter du 2 octobre 2017.
- Les primes sont payables jusqu'à l'anniversaire du contrat qui suit le 100^e anniversaire de la personne assurée.
- Garantie des primes :** Pour les 5 premières années, votre prime est de XXX,XX \$ par mois. Nous expliquons la garantie des primes à la partie *Paiement de votre contrat*.
- Quand les primes sont exonérées :** Lorsque nous approuvons une demande de règlement, vous n'avez pas à payer les primes. Nous l'expliquons à la partie *Quand les primes sont exonérées*.

Ce contrat permanent d'assurance de soins de longue durée reste en vigueur jusqu'au décès de la personne assurée, à condition que toutes les primes soient payées dans les délais prévus.

Ce contrat n'est pas un contrat avec participation. Il ne vous donne pas le droit de recevoir des participations.

SPÉCIMEN

Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours

Vous pouvez nous demander par écrit d'annuler votre contrat à la première des dates suivantes :

- dans les 10 jours suivant la date où vous l'avez reçu; ou
- dans les 60 jours suivant l'établissement du contrat.

Nous considérons que vous avez reçu votre contrat 5 jours après son expédition de notre bureau ou le jour où votre conseiller vous l'a livré.

Lorsque nous recevons votre demande par écrit, nous vous rembourserons le montant que vous aviez payé. C'est ce que nous appelons une «annulation de contrat».

La décision d'annuler votre contrat est un droit personnel; il vous appartient en propre. Lorsque nous recevons votre demande d'annulation de contrat, toutes les obligations que nous avons assumées au titre du contrat prennent fin immédiatement. L'annulation vous lie ainsi que toute personne qui a le droit de présenter une demande de règlement au titre du contrat, que ce droit soit révocable ou irrévocable.

Pour annuler votre contrat, envoyez votre demande par écrit à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Contestation de votre contrat

Les dispositions sur l'incontestabilité prévues dans les lois sur les assurances des provinces ou territoires s'appliquent au présent contrat.

Délai s'appliquant à la contestabilité

Nous ne pouvons pas contester la validité du contrat lorsqu'il a été continuellement en vigueur pendant 2 ans à compter de la date où il a pris effet ou de la date de sa dernière remise en vigueur, selon la plus récente de ces dates. Si le contrat est modifié en vue d'augmenter ou de modifier une garantie ou d'améliorer une surprime, nous ne pouvons pas contester la validité de la modification lorsqu'elle a été continuellement en vigueur pendant 2 ans à compter de la date où elle a pris effet ou de la date de la dernière remise en vigueur du contrat, selon la plus récente de ces dates.

Exception au délai s'appliquant à la contestabilité

Nous pouvons contester la validité du contrat ou d'une modification n'importe quand en cas de fraude. Dans les situations mettant en cause une dépendance, nous pouvons contester la validité du contrat n'importe quand lorsque la dépendance a commencé dans les 2 premières années du contrat ou dans les 2 années suivant la date de la dernière remise en vigueur du contrat.

À propos de l'Assistance santé-retraite Sun Life

Ce contrat d'assurance de soins de longue durée prévoit des prestations après la date d'entrée en vigueur de la couverture lorsque la personne assurée répond aux conditions d'admissibilité. La date d'effet de la couverture indiquée sous le titre *Sommaire du contrat* correspond à la dernière de ces dates :

- 5 années de contrat consécutives à partir de la date du contrat; ou
- l'anniversaire du contrat qui suit immédiatement le 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée. Si l'anniversaire du contrat tombe le même jour que le 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée, la date d'entrée en vigueur de la couverture correspond à la date du 65^e anniversaire de la personne assurée.

La prestation est calculée sur une base hebdomadaire, mais elle est versée mensuellement. La prestation hebdomadaire, le délai d'attente et la durée des prestations sont indiqués sous le titre *Sommaire du contrat*.

La personne assurée est admissible aux prestations après la date d'entrée en vigueur de la couverture lorsqu'elle est dépendante pendant une période qui dépasse le délai d'attente. Les conditions décrites sous le titre *Détermination de la dépendance* doivent être remplies pendant que ce contrat est en vigueur.

Le délai d'attente est la durée pendant laquelle la personne assurée doit être dépendante sans interruption après la date d'entrée en vigueur de la couverture et avant que des prestations soient payables.

La durée des prestations est la période pendant laquelle nous pouvons verser une prestation, et cette durée est illimitée pour ce contrat.

Si la personne assurée décède pendant que ce contrat est en vigueur, nous pourrions faire un paiement comme nous l'expliquons à la partie *Remboursement des primes au décès*.

Détermination de la dépendance

La personne assurée est dépendante lorsque des mesures objectives confirment des limitations fonctionnelles soit à cause d'une détérioration des facultés mentales (troubles cognitifs) ou de l'impossibilité d'accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne, y compris avec l'aide physique immédiate pour se laver et se déplacer, comme nous le décrivons ci-dessous.

Détérioration des facultés mentales (troubles cognitifs)

Nous considérons que la personne assurée est dépendante si elle a besoin d'être surveillée constamment par une autre personne pour protéger sa santé et sa sécurité physiques en raison de la détérioration ou de la perte :

- de la mémoire à court terme ou à long terme;
- de l'orientation dans le temps et dans l'espace et de la capacité de reconnaître les personnes;
- de la capacité de porter un jugement; ou
- de raisonner, au risque de sa sécurité.

La détérioration des facultés mentales doit être causée par une maladie cérébrale d'origine organique, comme la maladie d'Alzheimer et la démence irréversible, ou par une lésion ou blessure au cerveau. Le diagnostic doit être posé par un médecin spécialiste qui détient un permis d'exercice et qui pratique au Canada ou aux États-Unis, et doit être basé sur :

- un examen clinique;
- un bilan radiologique; et
- des tests psychologiques.

Activités de la vie quotidienne

La personne assurée est dépendante si elle a besoin d'une aide physique considérable, avec ou sans l'aide d'appareils ou accessoires fonctionnels, pour accomplir entièrement et en toute sécurité au moins 2 activités de la vie quotidienne. Les activités de la vie quotidienne comprennent notamment : se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer, demeurer continent et se nourrir.

Nous jugeons que les appareils ou accessoires fonctionnels sont des moyens que la personne assurée pourrait utiliser pour améliorer ses capacités fonctionnelles. Ces moyens comprennent entre autres les lits réglables, les crochets à boutons, les cannes, les béquilles, les barres d'appui, les pommes de douche manuelles, les brosses pour le bain, les sièges élévateurs, les bancs de transfert, les cadres de marche et les fauteuils roulants. Si l'utilisation d'un appareil ou accessoire fonctionnel permet à la personne assurée d'accomplir entièrement et en toute sécurité une activité de la vie quotidienne, la personne assurée n'est alors pas considérée comme dépendante pour cette activité.

Aide physique immédiate pour se laver et se déplacer

La personne assurée est aussi dépendante lorsqu'elle a besoin d'aide physique immédiate pour se laver et se déplacer. L'aide physique immédiate signifie qu'une autre personne doit toujours être à portée de bras de la personne assurée pour que cette dernière puisse accomplir entièrement et en toute sécurité les activités de **se laver** et de **se déplacer**.

Si la personne assurée requiert une aide physique immédiate pour l'une seule des activités que sont se laver et se déplacer, nous la considérons comme dépendante lorsqu'elle a aussi besoin d'une aide physique importante pour accomplir l'une des autres activités de la vie quotidienne.

Se laver signifie se laver soi-même avec ou sans l'aide d'appareils ou accessoires fonctionnels :

- dans une baignoire ou sous la douche, y compris prendre place dans la baignoire ou sous la douche et en sortir; ou
- en faisant sa toilette à l'éponge.

Se laver ne s'entend pas de la capacité d'atteindre et de laver son dos ou ses pieds.

S'habiller signifie mettre, retirer, attacher et défaire, avec ou sans l'aide d'appareils ou accessoires fonctionnels :

- des vêtements; et
- des orthèses et supports médicalement nécessaires ou des membres artificiels.

La personne assurée n'est pas considérée comme dépendante si des retouches ou des modifications raisonnables apportées aux vêtements qu'elle porte habituellement lui permettraient de s'habiller sans avoir besoin d'une aide physique importante.

Utiliser les toilettes signifie effectuer l'aller-retour aux toilettes, s'asseoir sur le siège des toilettes, se relever, avec ou sans l'aide d'appareils ou accessoires fonctionnels, et accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle.

Se déplacer signifie se coucher, se lever d'un lit, s'asseoir, se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'appareils ou accessoires fonctionnels.

Demeurer continent signifie la capacité de maîtriser les fonctions de miction (vessie) et de défécation (intestin) ou encore avoir la capacité de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle (y compris les soins requis pour un cathéter ou une poche pour colostomie) si la personne est incapable de maîtriser l'une ou l'autre fonction.

Se nourrir signifie la capacité d'absorber de la nourriture, avec ou sans l'aide d'appareils ou accessoires fonctionnels, par la bouche ou par une sonde alimentaire. L'activité de se nourrir ne comprend pas la cuisson ou la préparation des repas.

Exclusions et restrictions

Le contrat prendra fin et aucune prestation ne sera payable si la dépendance de la personne assurée a commencé avant la dernière de ces dates :

- la date la plus récente où une proposition a été signée pour ce contrat;
- la date du contrat indiquée sous le titre *Sommaire du contrat*; ou
- la date de la dernière remise en vigueur du contrat, si le contrat a été remis en vigueur à un moment donné.

Nous ne paierons pas de prestations si la dépendance de la personne assurée est directement ou indirectement due ou liée au fait que la personne assurée conduisait un véhicule alors qu'elle avait un taux d'alcool dans le sang supérieur à 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang. Le mot «véhicule» désigne tout appareil de transport terrestre, aérien ou maritime qu'il est possible de mettre en mouvement par un moyen quelconque, y compris la force musculaire. Nous ne tenons pas compte du fait que le véhicule était en mouvement ou non.

Nous ne paierons pas de prestations si la dépendance de la personne assurée est directement ou indirectement due ou liée au fait que la personne assurée :

- était en train ou tentait de commettre une infraction criminelle;
- a tenté de se donner la mort, qu'elle ait ou non souffert d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non compris ou voulu les conséquences de ce geste;
- s'est infligé des blessures corporelles, qu'elle ait ou non souffert d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non compris ou voulu les conséquences de ce geste;
- a pris intentionnellement une drogue ou un médicament qui n'a pas été prescrit par un professionnel de la santé autorisé ou n'a pas suivi les directives d'utilisation;
- a pris intentionnellement une substance intoxicante, un narcotique ou une substance toxique. Cela ne comprend pas les cigarettes, les cigarillos, les cigares, le tabac à chiquer ni la consommation occasionnelle d'alcool.

Nous ne paierons pas de prestations si la dépendance de la personne assurée est directement ou indirectement due ou liée à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non.

Nous ne paierons pas de prestations si la personne assurée se trouve à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pendant plus de 8 semaines consécutives. La personne assurée doit nous informer de la date de son départ et de son retour à sa résidence permanente. Il faut que la personne assurée soit retournée à sa résidence permanente pour que le versement des prestations recommence. Si nous avons payé des prestations au-delà de la limite des 8 semaines consécutives, nous avons le droit de déduire le montant en trop des paiements futurs.

Protection contre l'inflation

Quand des prestations sont payables et lorsque la protection contre l'inflation est en vigueur, la prestation hebdomadaire augmente de 3 % à chaque anniversaire du contrat. Les augmentations seront composées annuellement et arrondies au dollar le plus près.

Si, à l'anniversaire du contrat, les prestations ne sont plus payables, la prestation hebdomadaire n'augmentera pas. Les augmentations accumulées restent en vigueur.

La protection contre l'inflation prend fin à celle des dates suivantes qui survient en premier :

- la personne assurée décède; ou
- ce contrat prend fin.

Faire une demande de règlement

Pour faire une demande de règlement, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir pour présenter la demande de règlement. La personne qui fait la demande doit remplir le formulaire et nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer sa demande.

La personne assurée doit se trouver au Canada ou aux États-Unis au moment de faire une demande de règlement. Si elle est à l'extérieur, elle doit revenir afin d'être évaluée par un médecin qui détient un permis d'exercice et qui pratique au Canada ou aux États-Unis.

Avant d'approuver la demande, nous devons vérifier la date de naissance de la personne assurée. Si la date de naissance indiquée dans la proposition est inexacte, nous rajusterons le montant payable de telle sorte qu'il corresponde à l'âge véritable de la personne assurée.

Vous devez continuer à payer vos primes jusqu'à ce que nous vous informions que nous avons accepté votre demande de règlement.

Quand faire une demande de règlement

Le contrat doit être en vigueur à la date où la demande est présentée. La personne assurée doit être dépendante sans interruption pendant une période qui dépasse le délai d'attente et les exigences décrites à la partie *Détermination de la dépendance* doivent être remplies.

Dépendance commençant avant la date d'entrée en vigueur de la couverture

Si la dépendance de la personne assurée a commencé avant la date d'entrée en vigueur de la couverture et qu'elle a continué après cette date, vous pouvez présenter une demande de règlement. Vous devez attendre jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la couverture pour présenter la demande. Nous devons la recevoir au plus tard 120 jours après la date d'entrée en vigueur de la couverture. Si nous reconnaissons que la personne assurée est dépendante, nous vous indiquerons la date de début du délai d'attente. Une demande de règlement reçue après le délai de 120 jours est en retard et nous pourrions la refuser sans évaluer la dépendance.

Dépendance commençant à la date d'entrée en vigueur de la couverture ou après

Si la dépendance de la personne assurée a commencé à la date d'entrée en vigueur de la couverture ou après, nous devons recevoir une demande de règlement dans les 120 jours qui suivent le début de la dépendance de la personne assurée. Si nous reconnaissons que la personne assurée est dépendante, nous vous indiquerons la date de début du délai d'attente. Une demande de règlement reçue après le délai de 120 jours est en retard et nous pourrions la refuser sans évaluer la dépendance.

Nous étudierons la possibilité de faire exception pour une demande présentée en retard si :

- nous recevons la demande au plus tard un an après la date où est survenue la dépendance de la personne assurée; et
- le demandeur explique par écrit pourquoi la demande est présentée en retard et nous considérons cette explication raisonnable.

Preuve requise

Le demandeur doit nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer sa demande. Notre formulaire doit être rempli par un médecin ou un professionnel de la santé que nous jugeons acceptable. Le médecin doit décrire le problème de santé, les limitations et les capacités fonctionnelles de la personne assurée et fournir des renseignements médicaux objectifs au sujet de sa dépendance.

Nous vous dirons si nous avons besoin d'autres renseignements pour évaluer la demande, par exemple : dossier médical, examens cliniques, rapports de physiothérapie, tests psychologiques et tout autre renseignement médical objectif à l'appui de la demande de règlement.

Les honoraires pouvant être demandés par les médecins pour remplir les formulaires ou pour fournir des renseignements doivent être assumés par le demandeur.

Les médecins, les spécialistes ou les professionnels de la santé qui fournissent les renseignements doivent détenir un permis d'exercice et pratiquer au Canada ou aux États-Unis. Ils ne peuvent être ni le propriétaire du contrat, ni la personne assurée, ni une personne qui a le droit de faire une demande de règlement aux termes du contrat. Ils ne peuvent pas non plus être un membre de la famille ni un partenaire d'affaires de ces personnes.

Nous pouvons exiger que la personne assurée soit examinée par des professionnels de la santé que nous désignerons. Ces professionnels peuvent être, entre autres, des médecins, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des psychiatres ou des psychologues dûment autorisés à exercer leur profession. Nous payons les frais de ces examens.

Nous aurons peut-être besoin d'une autorisation de la personne assurée nous permettant d'obtenir et d'utiliser des renseignements d'autres assureurs ou d'organismes gouvernementaux.

Lorsque la demande de règlement est approuvée

Nous paierons des prestations à partir du jour qui suit la fin du délai d'attente. Les prestations sont versées à vous-même ou à votre succession, s'il y a lieu.

Pour continuer d'être admissible aux prestations

Pour continuer d'être admissible, la personne assurée doit :

- répondre aux conditions relatives à la dépendance et à toute autre condition décrite dans ce contrat;
- être suivie de façon continue par un médecin et suivre ses recommandations médicales; et
- faire des efforts raisonnables pour participer à un programme de réadaptation approprié qui lui est offert.

De temps à autre, nous pouvons demander une preuve, jugée satisfaisante à notre avis, que la personne assurée est encore dépendante et continue d'être admissible aux prestations. Vous devez fournir la preuve que nous demandons dans les 31 jours qui suivent la date où nous en faisons la demande et payer les frais engagés pour l'obtention de cette preuve.

Nous cesserons de payer les prestations si le demandeur ou la personne assurée limite notre accès à des renseignements dont nous avons besoin pour évaluer la demande. Ces renseignements comprennent les dossiers de professionnels de la santé, d'établissements de santé, de compagnies d'assurance et d'agences gouvernementales.

Faire une demande de règlement dans les 180 jours d'une demande antérieure

Le délai d'attente applicable doit être respecté pour chaque demande de règlement. Cependant, le délai d'attente n'a pas à être respecté de nouveau lorsque nous recevons la preuve que la personne assurée est admissible aux prestations dans les 180 jours suivant la fin des prestations. La raison de la dépendance peut être différente de celle qui justifiait la demande de règlement précédente. Les prestations sont payables à partir de la date où la dépendance a commencé.

Quand les prestations cessent d'être payables

Nous cessons de payer des prestations à la date où la personne assurée :

- n'est plus dépendante;
- n'est plus traitée de façon continue par un médecin;
- ne fait pas d'efforts raisonnables pour participer à un programme de réadaptation approprié qui lui est offert ou refuse de participer à un tel programme;
- ne répond plus à toutes les conditions pour être admissible aux prestations; ou
- décède.

Quand les primes sont exonérées

Lorsque nous approuvons votre demande de règlement, vous n'avez pas à payer les primes pour ce contrat. Vous devez continuer à payer vos primes jusqu'à ce que nous vous informions que nous avons accepté votre demande de règlement.

Les primes de ce contrat ne sont plus exonérées à la date où nous cessons de payer des prestations. Nous vous informerons du moment où vous devez recommencer à payer les primes afin de garder ce contrat en vigueur de même que du montant requis.

Remboursement des primes au décès

Au décès de la personne assurée, ce contrat prend fin et nous pourrions faire un paiement tel que décrit ci-dessous. Il nous faut la preuve que la personne assurée est décédée pendant que ce contrat était en vigueur. Pour faire une demande de règlement, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat.

Nous vous payons le montant des primes remboursables, ou nous le payons à votre succession ou aux bénéficiaires que vous avez désignés par écrit.

Le montant du remboursement des primes est calculé à la date du décès de la personne assurée.

Si la personne assurée décède avant la date d'entrée en vigueur de la couverture indiquée dans le *Sommaire du contrat*, le montant du remboursement des primes correspond :

- au total de toutes les primes payées pour ce contrat;
- **moins** toute prime impayée plus l'intérêt couru.

Nous ne ferons aucun versement si la personne assurée décède à la date d'entrée en vigueur de la couverture ou après.

Païement de votre contrat

Nous vous fournissons l'assurance décrite dans ce contrat si vous payez les primes requises. Vous devez faire vos païements à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Nous nous réservons le droit de refuser des païements au comptant.

Si vous ne payez pas une prime échue, nous retirerons le montant correspondant du compte de primes remboursable s'il y a un montant suffisant pour payer la prime.

Garantie des primes

La prime indiquée dans le *Sommaire du contrat* ne changera pas pendant les 5 premières années du contrat. Après cette période, nous pourrions augmenter ou réduire la prime à l'anniversaire du contrat. Si nous changeons la prime, nous vous en aviserons à l'avance et cette prime sera garantie pour au moins 5 autres années de contrat.

Tout changement de prime est basé sur l'âge de la personne assurée à la date du contrat. Nous ne tenons pas compte de l'état de santé de la personne assurée lorsque nous modifions la prime.

Compte de primes remboursable

Si vous versez à votre contrat plus que le montant requis pour la prime, nous verserons l'excédent dans le compte de primes remboursable. Nous pouvons plafonner le montant que vous pouvez détenir dans ce compte. Vous pouvez toujours vous servir de cet argent pour payer les primes.

Les fonds de votre compte de primes remboursable rapporteront un intérêt quotidien. Nous fixons le taux d'intérêt tous les jours en fonction des taux d'intérêt à court terme. L'intérêt gagné sur le compte de primes est imposable.

Vous avez le droit de retirer de l'argent de ce compte n'importe quand. Les retraits doivent respecter nos règles établies quant au montant minimum que vous pouvez retirer.

Nous nous réservons le droit de facturer des frais pour ces retraits et de déterminer le montant de ces frais.

Si nous ne recevons pas le païement des primes

Pour éviter que votre contrat ne prenne fin, nous devons recevoir la prime requise avant la fin du 31^e jour qui suit la date de son échéance. Nous vous indiquerons la somme requise.

Votre contrat prendra fin :

- si nous ne recevons pas la prime requise dans les 31 jours qui suivent son échéance;
- s'il n'y a pas assez de fonds dans le compte de primes remboursable pour régler la prime requise.

Si votre contrat prend fin de cette façon, il est tombé en déchéance.

Pour remettre votre contrat en vigueur

Si votre contrat a pris fin parce qu'il est tombé en déchéance, vous pouvez demander sa remise en vigueur si la personne assurée est en vie. Ce processus s'appelle la «remise en vigueur».

Si vous voulez remettre votre contrat en vigueur, vous devez :

- en faire la demande dans un délai de 2 ans après la date où le contrat a pris fin;
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité que nous jugeons satisfaisantes; et

- verser un paiement égal aux frais de remise en vigueur, que nous déterminerons.

Si nous n'approuvons pas votre demande de remise en vigueur, nous vous rembourserons le montant que vous aurez versé au moment de la demande de remise en vigueur.

Droit de résilier le contrat

Vous pouvez mettre fin à ce contrat en tout temps. La décision de résilier votre contrat est un droit personnel; il vous appartient en propre. La résiliation vous lie ainsi que toute personne qui a le droit de présenter une demande de règlement au titre du contrat.

Toutes les obligations que nous avons assumées au titre du contrat prennent fin immédiatement lorsque nous recevons votre demande de résiliation de contrat ou ces obligations prendront fin à la date ultérieure que vous aurez indiquée dans votre demande.

Pour mettre fin à votre contrat, envoyez votre demande par écrit à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Si vous nous demandez de mettre fin à votre contrat dans les 10 premiers jours suivant la date où vous l'avez reçu, nous traiterons cette demande comme une annulation de contrat. Nous l'expliquons sous le titre *Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours*.

Si vous nous demandez de mettre fin à votre contrat plus de 10 jours après la date où vous l'avez reçu, nous traiterons cette demande comme une résiliation de contrat et nous vous paierons :

- toute somme dans le compte de primes remboursable;
- **moins** toute prime impayée plus l'intérêt couru.

Fin du contrat

Si votre contrat n'a pas pris fin pour une des raisons que nous avons déjà mentionnées, il prendra fin automatiquement à la date où la personne assurée décèdera.

Lorsque le contrat prendra fin, nous vous paierons, à vous-même ou à votre succession :

- le solde du compte de primes remboursable;
- **moins** les prestations versées en trop, s'il y a lieu.

Autres renseignements sur votre contrat

Notre contrat avec vous

À partir de la date d'entrée en vigueur de votre contrat, les documents suivants forment l'ensemble de notre contrat avec vous :

- votre proposition d'assurance, y compris les preuves d'assurabilité; et
- le présent document contractuel, aussi appelé police, y compris les modifications.

Toutes nos obligations envers vous sont contenues dans les documents précités. Aucun autre document ne fait partie du contrat, pas plus que les déclarations verbales quelles qu'elles soient. Aucune modification de ce contrat ou d'une partie quelconque de ce contrat ni aucune renonciation à l'une de ses dispositions n'est valable sans une modification écrite signée par deux dirigeants dûment autorisés de la compagnie.

Délai pour le recouvrement des sommes assurées

Une action ou une poursuite contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables au titre du contrat sera totalement irrecevable, à moins d'avoir été engagée dans le délai fixé par la Loi sur les assurances ou par les lois de la province ou du territoire applicables à ce contrat.

Monnaie du contrat

Tous les montants cités dans ce contrat sont en dollars canadiens.

Transfert du contrat (cession)

Il est possible que vous puissiez transférer à quelqu'un d'autre les droits que vous donne ce contrat en le cédant à cette personne. Nous ne sommes pas responsables de la validité juridique de la cession. Si vous cédez le contrat, envoyez un avis de cession à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Termes utilisés en assurance

Les explications suivantes vous aideront à comprendre certains termes utilisés dans le domaine de l'assurance qui peuvent ou non s'appliquer à votre contrat.

Date d'entrée en vigueur de la couverture

La date d'entrée en vigueur de votre couverture est indiquée sous le titre *Sommaire du contrat*. Ce contrat prévoit des prestations après la date d'entrée en vigueur de la couverture lorsque la personne assurée répond aux conditions d'admissibilité.

Date du contrat

La date à laquelle votre contrat d'assurance entre en vigueur. Cette date est indiquée sous le titre *Sommaire du contrat*.

Anniversaire du contrat

Le jour et le mois qui, chaque année, sont les mêmes que la date de votre contrat.

Année du contrat

La période de 12 mois à compter d'un anniversaire du contrat jusqu'à l'anniversaire suivant.

Demandeur

La personne qui a le droit de présenter une demande de règlement au titre du contrat.

Preuves d'assurabilité

Les renseignements médicaux (antécédents médicaux personnels et familiaux), financiers et relatifs au style de vie ainsi que d'autres renseignements sur les antécédents personnels dont l'assureur peut avoir besoin pour approuver votre proposition d'assurance.

Prime

Le montant payé pour acheter un contrat d'assurance et le garder en vigueur.

Propriétaire en sous-ordre

La ou les personnes que vous désignez par écrit et à qui la propriété du contrat reviendra si vous décédez avant la personne assurée.

Si aucun propriétaire en sous-ordre n'a été désigné, la propriété du contrat passe aux ayants droit du propriétaire du contrat au décès de ce dernier.

Conditions légales

1. Le contrat

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

Copie de la proposition

2) L'assureur est tenu de fournir, sur demande, à la personne assurée ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat une copie de la proposition.

2. Faits essentiels à l'appréciation du risque

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

3. Avis et preuve de sinistre

1) La personne assurée, une autre personne assurée ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :

(a) de donner un avis écrit de la demande de règlement à l'assureur :

- soit en remettant l'avis ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province,
- soit en remettant l'avis à un agent autorisé de l'assureur dans la province,

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

(b) dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances :

- de la survenance de l'accident ou du commencement de la maladie ou de l'invalidité et des pertes qui en résultent;
- du droit de l'auteur de la demande de recevoir paiement;
- de son âge;
- de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et

(c) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui peut faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat, ainsi que la durée de la maladie ou de l'invalidité.

Absence d'avis ou de preuve

2) Le fait de ne pas donner avis du sinistre ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si :

- (a) l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit;
- (b) en cas de décès de la personne assurée, s'il faut une déclaration de présomption de décès, l'avis est donné ou la preuve est fournie au plus tard 1 an après la date à laquelle le tribunal statue par voie de déclaration.

4. Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre

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

5. Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre du présent contrat :

- (a) l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen aussi souvent que raisonnablement requis, tant que le règlement est en suspens;
- (b) en cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent.

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

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