

# **Spécimen du contrat**

Le présent spécimen de contrat vous est fourni à titre purement informatif.  
Il ne constitue pas un contrat valide ni une offre d'assurance.

## Régime Emporte-moi<sup>MC</sup> Assurance-vie

### DÉFINITIONS

**Âge** : Votre âge à la date d'effet et à chaque date d'anniversaire contractuel par la suite.

**Anniversaire contractuel** : Date indiquée au Sommaire du contrat.

**Bureaux** : Nos bureaux situés à l'adresse qui figure à la page 2 de la présente police. Si nous changeons d'adresse, nous vous en aviserons par la poste ou par courriel.

**Capital-décès** : Montant d'assurance en vigueur à la date de votre décès, tel que l'indique le Sommaire du contrat, déduction faite de toute prestation anticipée versée et de toute prime impayée exigible.

**Conjoint** : Personne

- a) qui est légalement mariée avec vous; ou
- b) qui n'est pas légalement mariée avec vous, mais cohabite avec vous depuis au moins deux années consécutives, dans le cadre d'une union assimilable à une union conjugale.

**Date d'échéance de la prime** : Date d'effet et :

- a) date d'anniversaire contractuel, si les primes sont payées sur une base annuelle; ou
- b) le premier jour de chaque mois, si les primes sont payées sur une base mensuelle.

**Date d'effet** : Le jour suivant la date à laquelle vos garanties d'assurance vie collective prennent fin (ou ont pris fin) ou la date à laquelle nous recevons, à nos bureaux, une proposition d'assurance dûment remplie, sous réserve du paiement de la totalité de la première prime exigible pour l'assurance demandée, si cette date survient plus tard.

La date d'effet est soumise à la disposition relative à la remise en vigueur prévue dans le présent contrat.

**Délai de grâce** : Période de trente (30) jours suivant toute date d'échéance de la prime pendant que le présent contrat est en vigueur.

**Médecin** : Docteur en médecine dûment autorisé à pratiquer là où il exerce ses fonctions et, ce, dans les limites de ses compétences reconnues. Aux fins du

présent contrat, le médecin de la personne assurée ne peut pas être la personne assurée elle-même ni un membre de sa famille immédiate.

**Membre de la famille immédiate** : Votre conjoint, vos enfants, vos parents ainsi que vos frères et sœurs.

**Montant d'assurance** : Montant d'assurance vie en vigueur indiqué à la page 1 du présent contrat. La protection d'assurance vie, qui varie de 25 000 \$ à 200 000 \$, est offerte en multiples de 1 000 \$.

**Non-fumeur** : Personne qui n'a pas fait usage de tabac, y compris les produits de désaccoutumance au tabac, sous quelque forme que ce soit, ni de marijuana au cours des douze (12) mois précédant la date de la demande de la présente assurance ou des taux pour non-fumeurs, et qui répond aux normes médicales de Manuvie.

**Personne assurée** : Vous.

**Problème de santé préexistant** : Blessure, maladie ou affection physique, diagnostiquée ou non par un médecin, pour laquelle un traitement médical a été demandé, recommandé, exigé ou administré, ou pour laquelle des médicaments ont été prescrits et/ou pris au cours de la période de 24 mois précédant immédiatement la date d'effet.

**Vous, votre, vos** : Personne assurée.

### ASSURABILITÉ

Vous êtes assurable au titre du présent contrat si :

- a) vous résidiez au Canada et aviez entre 18 ans et 69 ans inclusivement à la date à laquelle vous avez présenté une demande de couverture au titre du présent contrat; et
- b) vous participiez à un régime d'assurance vie collective ou encore vous étiez le conjoint ou l'enfant d'un participant, à la date de votre demande de couverture au titre du présent contrat ou avant cette date, pourvu que votre couverture au titre du régime d'assurance vie collective en question ait pris fin au plus tôt 60 jours avant la date de votre demande de couverture au titre du présent contrat et au plus tard à la date d'effet.

## **GARANTIES**

Sous réserve des dispositions du présent contrat, nous verserons les prestations comme suit :

### **CAPITAL-DÉCÈS**

Nous verserons un capital-décès au bénéficiaire dès réception d'une preuve que nous jugeons satisfaisante, selon laquelle votre décès est survenu pendant que le présent contrat était en vigueur.

#### **Preuve de sinistre**

Dans les douze (12) mois suivant la date du décès, nous devons recevoir à nos bureaux une preuve que nous jugeons satisfaisante attestant de ce qui suit :

- a) le décès est survenu pendant que le présent contrat était en vigueur;
- b) votre âge;
- c) le nom et l'âge du bénéficiaire, le cas échéant; et
- d) le droit du bénéficiaire de recevoir les sommes payables.

Nous pouvons également exiger que le présent contrat nous soit retourné.

Par ailleurs, nous nous réservons le droit d'enquêter sur les circonstances du décès et d'exiger une autopsie, sauf si la loi l'interdit.

#### **Défaut de présenter une preuve de sinistre**

Le fait de ne pas présenter de preuve de sinistre dans les douze (12) mois suivant la date du décès n'invalidera pas la demande de règlement s'il est démontré qu'il n'a pas été raisonnablement possible de présenter une telle preuve et que celle-ci a été présentée dès qu'il a été possible de le faire.

### **PRESTATION ANTICIPÉE**

Nous vous verserons une prestation anticipée dès réception d'une preuve, que nous jugeons satisfaisante, selon laquelle vous souffrez d'une maladie mortelle diagnostiquée après que le présent contrat a été en vigueur depuis au moins deux (2) ans et que vous avez reçu un pronostic de décès dans l'année qui suit.

Le montant de la prestation anticipée atteindra jusqu'à cinquante pour cent (50 %) du montant d'assurance en vigueur sur votre tête, sous réserve d'un maximum de 50 000 \$. Le montant de la prestation anticipée versée sera retranché du montant d'assurance sur votre tête.

En aucun cas nous ne verserons la prestation anticipée plus d'une fois.

#### **Avis et preuve de sinistre**

Un avis de sinistre aux fins du versement de la prestation anticipée doit être soumis par écrit à nos bureaux dans les trente (30) jours suivant la date du pronostic initial de décès dans l'année qui suit.

Nous vous enverrons les formulaires de preuve de sinistre dans les quinze (15) jours suivant la réception d'un avis de sinistre. Si vous ne recevez pas les formulaires dans un délai de quinze (15) jours, vous pouvez nous présenter la preuve de sinistre par voie de déclaration écrite précisant la cause, la nature et l'étendue de la maladie qui donne lieu à la demande de règlement.

Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date où le pronostic de décès a été initialement établi, nous devons recevoir à nos bureaux l'avis médical écrit d'un médecin faisant état, à notre satisfaction, du pronostic de votre décès dans l'année qui suit. Un tel avis médical doit nous être fourni sans frais. Nonobstant toutes les autres dispositions du présent contrat, la décision finale concernant le versement de la prestation anticipée nous revient entièrement.

#### **Défaut de fournir un avis ou une preuve de sinistre**

Si vous ne nous fournissez pas d'avis de sinistre ou la preuve exigée dans les délais prescrits au paragraphe précédent, vous aurez encore la possibilité de le faire, à condition de nous démontrer qu'il vous a été raisonnablement impossible de fournir l'avis ou la preuve dans les délais prescrits et que vous fournissiez l'avis ou la preuve dès qu'il vous est raisonnablement possible de le faire par la suite. Dans tous les cas cependant, vous devez fournir la preuve de sinistre dans l'année qui suit la date à laquelle le sinistre est survenu.

### **EXCLUSIONS**

Aucune prestation ne sera versée au titre du présent contrat :

- a) si votre décès survient au cours de la période de 24 mois qui suit sa date d'effet ou la date de sa dernière remise en vigueur, si celle-ci survient plus tard, et qu'il est attribuable, directement ou indirectement, ou encore relié ou imputable, de quelque manière ou dans quelque mesure que ce soit, à un problème de santé préexistant; ou

- b) si votre décès survient pendant ou après la période de 24 mois qui suit sa date d'effet ou la date de sa dernière remise en vigueur, si celle-ci survient plus tard, et qu'il est attribuable, directement ou indirectement, ou encore relié ou imputable, de quelque manière ou dans quelque mesure que ce soit, à un suicide, à une tentative de suicide ou à une automutilation au cours de ladite période de 24 mois.

En pareille situation, notre seule obligation sera de rembourser les primes payées jusqu'à la date de votre décès.

### PRIMES

Les primes pour le présent contrat sont établies en fonction de votre montant d'assurance en vigueur, de votre âge atteint, de votre sexe, de vos habitudes de consommation du tabac et de la fréquence de paiement des primes que vous avez choisie. Les primes payables au titre du présent contrat sont indiquées dans le barème ci-joint. Les primes ne sont pas garanties et peuvent changer à toute date d'anniversaire contractuel.

Pour que votre assurance demeure en vigueur, vous devez acquitter vos primes aux dates d'échéance y afférentes. Le paiement de votre première prime doit être envoyé avec votre proposition d'assurance et couvrir la période allant de la date d'effet de la couverture à la date d'échéance de la prime suivante. Par la suite, les primes sont exigibles à chaque date d'échéance de la prime subséquente. Si nous ne recevons pas la première prime ou si le paiement de la première prime est refusé lorsqu'il est demandé pour la première fois, le contrat sera réputé n'être jamais entré en vigueur.

### Délai de grâce

Sauf dans le cas de la première prime, un délai de grâce de trente (30) jours est accordé pour le paiement intégral de toute prime exigible; le contrat demeurera en vigueur durant cette période, sous réserve des dispositions relatives à la résiliation énoncées ci-après. Si une prestation doit être versée pendant un délai de grâce, toute prime exigible mais impayée sera retranchée de la prestation.

### Mode et fréquence de paiement des primes

Vous avez la possibilité de payer les primes de plusieurs façons :

- a) mensuellement, au moyen de prélèvements automatiques sur votre compte de chèques;

- b) mensuellement ou annuellement, au moyen d'une carte de crédit que nous jugeons acceptable;
- c) annuellement, par chèque établi à l'ordre de Manuvie; ou
- d) selon tout autre mode ou toute autre fréquence de paiement que nous vous offrons.

Tous les paiements doivent être effectués en dollars canadiens.

Si vous souhaitez modifier le mode ou la fréquence de paiement de vos primes, veuillez communiquer avec nous par téléphone, par courriel ou par voie postale. Nous vous ferons part des renseignements ou des documents à nous transmettre à cet effet. Lorsqu'une modification de fréquence est demandée, le montant de la prime est modifié en conséquence.

### Remise en vigueur

Si le présent contrat est tombé en déchéance pour cause de non-paiement de la prime, vous pouvez demander sa remise en vigueur dans les deux (2) années qui suivent la date d'exigibilité de la première prime impayée. Pour ce faire, vous devez présenter une demande écrite de remise en vigueur et payer les primes en souffrance ainsi que les intérêts au taux que nous établissons.

### RÉSILIATION

Le présent contrat prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date d'expiration du délai de grâce lorsque la prime exigible ou une partie de celle-ci demeure impayée;
- b) la date d'échéance de la prime qui coïncide avec la date à laquelle nous recevons un avis écrit de votre part demandant la résiliation de votre assurance, ou qui suit immédiatement cette date;
- c) la date à laquelle le montant d'assurance ne répond pas à nos exigences minimales au titre du contrat;
- d) la date où vous atteignez l'âge de 80 ans; ou
- e) la date de votre décès.

Nous pouvons également résilier le contrat si nous prenons connaissance d'une erreur en ce qui concerne le statut de non-fumeur indiqué dans la proposition d'assurance pour le présent contrat ou dans toute demande de primes pour non-fumeurs que nous avons acceptée.

### **Paiement de la prime après la résiliation de l'assurance**

Sous réserve des dispositions du contrat, en cas de paiement d'une prime après la résiliation de l'assurance conformément aux paragraphes ci-dessus, nous ne sommes pas tenus de verser des prestations au titre du contrat relativement à l'assurance qui a pris fin. En pareille situation, nous rembourserons le montant des primes payées après que l'assurance a pris fin.

## **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **Contrat intégral**

Le contrat intégral d'assurance conclu entre vous et nous est composé du présent contrat, de tout document qui y est annexé, de la proposition d'assurance, dont une copie y est jointe, et de toute modification convenue entre vous et nous par écrit. Nous ne sommes liés que par les conditions écrites du contrat intégral.

Une modification peut être apportée au contrat intégral sous réserve de notre consentement écrit et du vôtre, à condition que notre président ou son remplaçant désigné soit la seule personne ayant l'autorisation de refuser ou d'accepter de modifier toute condition ou disposition du contrat intégral ou du présent contrat en notre nom.

### **Délai de prescription**

Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables aux termes du présent contrat intentées contre l'assureur sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable.

### **Incontestabilité**

En l'absence de fraude, nous ne contesterons pas la validité du présent contrat une fois qu'il aura été en vigueur depuis deux (2) années consécutives à compter de sa date d'effet ou de sa dernière remise en vigueur, si cette date survient plus tard.

### **Cession**

Vous pouvez céder le présent contrat, mais aucune cession n'aura force exécutoire auprès de nous à moins qu'elle n'ait été mise par écrit et que nous l'ayons reçu à nos bureaux. Nous n'assumons aucune responsabilité quant à la validité, à la prise d'effet ou à l'exhaustivité de toute cession.

Toute cession inconditionnelle aura pour effet de révoquer les droits d'un bénéficiaire révocable. Toute cession en garantie aura pour effet de transférer au cessionnaire les droits du bénéficiaire, sous réserve des droits du cessionnaire.

### **Bénéficiaire**

Le droit de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables se limite aux sommes payables par suite d'un décès.

À moins d'avoir désigné par écrit un ou plusieurs bénéficiaires lorsque vous avez présenté une demande de couverture au titre du présent contrat, vos ayants droit sont les bénéficiaires de tout capital-décès payable au titre du présent contrat.

Sauf si les lois pertinentes l'interdisent, vous pouvez modifier votre désignation de bénéficiaire en tout temps avant votre décès. Pour ce faire, vous pouvez remplir un formulaire de changement de bénéficiaire ou un autre document que nous jugeons acceptable. Une fois que nous l'avons enregistré, le changement entre en vigueur à la date de signature du formulaire. Un changement entraînera la révocation de toute désignation antérieure, sauf s'il s'agit d'un bénéficiaire irrévocable, auquel cas le consentement écrit de ce dernier sera nécessaire pour que le changement prenne effet.

Sauf stipulation contraire dans la loi ou dans votre formulaire de désignation ou de changement de bénéficiaire :

- a) si plusieurs bénéficiaires ont été désignés, tout capital-décès payable est versé en parts égales;
- b) si aucun bénéficiaire ne vous survit ou n'a été désigné, tout capital-décès payable est payé à vos ayants droit; et
- c) si un bénéficiaire décède avant vous et qu'un (1) ou plusieurs bénéficiaires lui survivent, sa part sera versée au survivant ou distribuée en parts égales aux autres survivants.



### **Demande de modification pour bénéficiaire des primes offertes aux non-fumeurs**

Si vous payez les primes pour fumeurs, vous pouvez demander à bénéficier des primes pour non-fumeurs après avoir cessé de fumer pendant une période de douze (12) mois consécutifs.

Pour bénéficier des primes offertes aux non-fumeurs, veuillez communiquer avec nous par téléphone, par courriel ou par voie postale. Nous vous indiquerons alors les renseignements ou les documents à nous transmettre pour demander cette modification.

Si nous approuvons la demande de modification, vous paierez par la suite les primes pour non-fumeurs. La modification entrera en vigueur à la date d'échéance de la prime qui suit la date à laquelle nous approuvons votre demande de changement pour le statut de non-fumeur.

### **Erreur sur l'âge et le sexe**

Votre âge atteint est établi d'après votre date de naissance inscrite sur votre proposition d'assurance pour le présent contrat.

Si votre date de naissance est erronée dans votre proposition, le montant d'assurance sera rajusté en fonction de votre âge véritable et de la prime payée.

Si, compte tenu de votre âge véritable, le présent contrat n'aurait pas été établi, celui-ci pourra être annulé en tout temps au cours des 60 mois suivant la date d'effet et notre seule obligation en cas d'annulation du contrat sera de rembourser les primes payées.

Si, compte tenu de votre âge véritable, le présent contrat aurait pris fin plus tôt, celui-ci sera considéré comme ayant pris fin à cette date et notre seule obligation quant à la période au cours de laquelle la couverture n'aurait pas été en vigueur sera de rembourser les primes payées pour cette période.

En cas de déclaration erronée quant au sexe, le montant d'assurance et/ou la prime exigée seront rajustés en fonction du sexe véritable.

### **Déclaration inexacte quant au statut de non-fumeur**

Une déclaration inexacte quant au statut de non-fumeur est considérée comme une fraude. Nous nous réservons le droit d'annuler votre assurance en tout temps si nous découvrons que la déclaration quant à votre statut de non-fumeur est inexacte.

### **Non-renonciation**

Le fait que nous renoncions à toute disposition du présent contrat ou que nous n'insistions pas sur son exécution ne doit pas être interprété comme une renonciation à l'égard de toute violation subséquente de la même disposition. De même, le fait que nous acceptions ou approuvions tout acte que vous avez posé ne doit pas être interprété comme un consentement ou une approbation de tout acte similaire que vous poserez par la suite.

### **Prescription des recours**

Une poursuite ou une procédure similaire contre l'assureur pour un recouvrement au titre du présent contrat ne peut être intentée plus d'un an (ou une période plus longue si la loi applicable dans votre province prévoit une période plus longue) après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues exigibles ou l'auraient été si la demande de règlement avait été valide.

### **Ressort applicable**

Le contrat intégral est soumis aux lois de la province ou du territoire canadiens où vous résidiez au moment où vous avez demandé la présente assurance.

### **Devise et lieu de paiement**

Tous les paiements effectués au titre des présentes, par vous ou par nous, doivent être dans la devise ayant cours légal au Canada. Les paiements qui nous sont destinés doivent être effectués à nos bureaux ou à un autre endroit que nous aurons déterminé. Nos paiements doivent être effectués dans la province ou le territoire canadiens où vous résidiez au moment où la présente assurance a été demandée, ou à un autre endroit si nous y consentons.

### **Pour vous joindre**

Nous vous enverrons tous les avis à l'adresse indiquée dans nos dossiers. Il vous incombe de nous aviser de tout changement d'adresse.

### **Pour nous joindre**

Veuillez envoyer les paiements ou les documents à notre adresse indiquée à la page 2 du présent contrat.

### **Assurance sans participation**

Le présent contrat ne donne pas droit aux bénéfices répartis de l'assureur.

Par ailleurs, il ne comporte aucune valeur de rachat et ne prévoit pas la participation aux excédents.