

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### DÉFINITIONS

Les termes définis ci-dessous ont la signification particulière indiquée lorsqu'ils sont utilisés dans la présente police. D'autres définitions se trouvent dans les dispositions de la présente police, ainsi que dans les modifications et avenants s'y rapportant. Si un même terme apparaît dans une modification ou un avenant, il aura la même signification, sauf si une autre définition pour ce terme est fournie dans cette modification ou cet avenant. Lorsqu'une disposition est mentionnée dans la présente police, nous entendons, sauf indication contraire, la disposition de la présente police portant ce titre. Lorsqu'une disposition est mentionnée dans un avenant, nous entendons, sauf indication contraire, la disposition de l'avenant portant ce titre.

« **Âge** » désigne l'âge à l'établissement plus le nombre d'années contractuelles révolues.

« **Âge à l'établissement** » signifie l'âge de l'assuré(e) à son anniversaire de naissance le plus proche de la date d'entrée en vigueur de la police. L'âge à l'établissement est indiqué dans le Tableau des garanties et des primes.

« **Année contractuelle** » est la période qui, pour la première année contractuelle, commence à la date d'établissement et se termine le jour précédant le premier anniversaire contractuel, et pour toutes les autres années contractuelles, commence à un anniversaire contractuel et se termine le jour précédant l'anniversaire contractuel suivant.

« **Anniversaire contractuel** » signifie le jour et le mois correspondant à la date d'entrée en vigueur de la police chaque année où la police demeure en vigueur.

« **Anniversaire mensuel** » signifie le même jour de chaque mois suivant la date d'établissement de la police pour chaque mois durant lequel la police demeure en vigueur.

« **Assuré(e)** » désigne la personne qui est assurée en vertu de cette police, tel qu'il est indiqué dans le Tableau des garanties et des primes.

« **Assureur** », « **nous** », « **notre** », « **nos** » désignent Foresters, compagnie d'assurance vie.

« **Avenant** » désigne chaque avenant joint, le cas échéant, et chaque avenant ajouté, le cas échéant, à la présente police après la date d'établissement, comme indiqué dans nos dossiers.

« **Avenant joint** » signifie chaque avenant mentionné dans le Tableau des garanties et des primes.

« **Date d'établissement** » est la date à partir de laquelle les anniversaires de la police, les années contractuelles et les dates d'échéance des primes sont déterminées. La date d'établissement est indiquée dans le Tableau des garanties et des primes.

« **Déchéance** » signifie la résiliation de la présente police pour non-paiement d'une prime totale en souffrance, avant l'expiration du délai de grâce.

« **Maintien artificiel de la vie** » signifie la prise en charge régulière par un médecin agréé d'un soutien nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, à la suite d'un arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau.

« **Maladie couverte** » signifie une maladie, un trouble, une affection ou une procédure chirurgicale décrite dans la disposition sur les maladies couvertes.

« **Médecin** » désigne la personne également autorisée à pratiquer la médecine ou la chirurgie au Canada, aux États-Unis ou dans un autre pays que nous pouvons approuver, et agit dans le cadre de cette autorisation. Le médecin ne peut être ni vous ni l'assuré(e), ni aucun de vos parents ou associés.

« **Montant de la prime** » désigne le montant indiqué dans le Tableau des garanties et des primes, à moins qu'il ne soit modifié comme indiqué dans nos dossiers.

« **Période de survie** » désigne la période qui commence à la date à laquelle l'assuré(e) reçoit un diagnostic d'une maladie couverte et se termine 30 jours plus tard. La période de survie n'inclut pas les jours pendant lesquels l'assuré(e) est maintenu(e) en vie artificiellement.

« **Période moratoire** » désigne la période qui commence à la date d'entrée en vigueur de la présente police ou de sa dernière remise en vigueur, le cas échéant, selon la dernière de ces deux dates, et se termine 90 jours plus tard.

« **Police** » représente chaque page numérotée, commençant par la page 1 et se terminant par la dernière disposition légale.

« **Proposition** » désigne la proposition qui a été remplie et signée pour la présente police et chaque avenant qui y est joint.

« **Spécialiste** » désigne un médecin qui a été formé dans le domaine de la médecine en rapport avec la maladie couverte pour laquelle une prestation est demandée, et qui a été certifié par une commission d'examen spécialisée. Dans les cas où un spécialiste n'est pas disponible, nous pouvons, à notre discrétion, accepter un diagnostic établi par un médecin qualifié.

« **Survécu(e)** » signifie vivre sans être maintenu(e) en vie artificiellement. L'assuré(e) ne sera plus considéré(e) comme vivant(e) à la date où il ou elle subit une cessation irréversible de toutes ses fonctions cérébrales, telle que déterminée par des critères médicaux généralement acceptés.

« **Vous** », « **votre** » et « **vos** » désignent le propriétaire de la police nommé dans le Tableau des garanties et des primes de la présente police, sous réserve des modifications décrites dans la disposition relative à la propriété.

**LE CONTRAT** – Le contrat inclut : 1) la proposition, ainsi que tous les autres documents autorisés par l'assuré(e) et qui nous sont présentés comme preuve d'assurabilité; 2) la présente police; 3) chaque avenant, chaque supplément, ou tout autre document joint à la présente police et 4) chaque modification, le cas échéant, à laquelle nous avons convenu par écrit.

Même si nous n'appliquons pas une condition du contrat, nous conservons notre droit de faire respecter toutes les conditions à l'avenir. Aucun agent ni aucune personne, autre qu'un dirigeant autorisé de Foresters, compagnie d'assurance vie, n'a le pouvoir de renoncer à l'une ou l'autre des conditions ou dispositions du contrat ou de consentir à les modifier. Toute modification du contrat doit être faite par écrit et signée par au moins un de nos représentants autorisés à cet effet. Nous ne serons jamais liés par aucune promesse ou affirmation passée, présente ou future faite par un représentant ou une personne ou à ceux-ci, à moins qu'elle n'ait été faite par ou aux personnes ou représentants précités.

**LORSQUE LA PRÉSENTE POLICE EST EN VIGUEUR** – La présente police prend effet à la date d'établissement indiquée dans le Tableau des garanties et des primes, seulement si : 1) elle vous a été délivrée; 2) la première prime totale nous a été fournie à la date de délivrance de la police ou avant et le paiement a été honoré par l'institution financière de laquelle il devait être collecté; 3) il n'y a eu aucun changement dans l'assurabilité de l'assuré(e) entre la date à laquelle il ou elle a signé la proposition et la date à laquelle cette police vous a été délivrée; 4) à notre demande, vous acceptez, et s'il y a lieu, vous signez et nous retournez chaque modification, annulation ou exclusion requise pour que la police entre en vigueur.

Une fois en vigueur, la présente police restera en vigueur jusqu'à la première de ces éventualités :

- la date à laquelle une prestation est payée en vertu de cette police;
- l'anniversaire contractuel auquel l'assuré(e) a 75 ans;
- la date de décès de l'assuré(e);
- la date d'effet de votre demande de réactivation de la police, telle qu'elle est indiquée dans nos dossiers; ou
- la date à laquelle la police tombe en échéance, conformément à la disposition sur le délai de grâce.

Cette police ne sera pas en vigueur après la première des dates ci-dessus, ce qui signifie que notre responsabilité en vertu de celle-ci prendra fin.

**PROPRIÉTÉ** – Vous, en tant que propriétaire du contrat, pouvez exercer les droits et les options que le contrat prévoit, tant que cette police est en vigueur. Si vous n'êtes pas l'assuré(e) et que vous décédez avant lui ou elle, votre succession deviendra propriétaire de la présente police, à moins que vous n'ayez désigné un propriétaire subsidiaire.

Vous pouvez désigner un nouveau propriétaire ou un propriétaire subsidiaire, en tout temps pendant que cette police est en vigueur, en nous présentant une demande de changement de propriétaire. Sauf indication contraire de votre part, le changement de propriétaire entrera en vigueur à la date à laquelle vous avez signé la demande, peu importe si vous ou l'assuré(e) êtes vivants ou non au moment où nous la recevons. Chaque changement de propriétaire sera soumis aux paiements effectués ou aux autres mesures prises par nous avant de recevoir la demande de changement.

**CESSION** – Vous pouvez céder le contrat en nous envoyant un avis de cession. Sauf indication contraire de votre part, la cession prend effet à la date à laquelle vous signez l'avis de cession et est soumise aux paiements effectués ou aux autres mesures prises par nous avant de recevoir l'avis de cession. Nous ne sommes responsables de la validité ni de l'effet d'aucune cession.

**FAUSSE DÉCLARATION ET CONTESTABILITÉ** – Nous pouvons contester la validité du contrat, le considérer comme nul et refuser de verser une prestation si une déclaration ou une réponse sur la proposition constitue une fausse déclaration ou une omission de divulguer un fait important pour l'assurance. Sauf en cas de fraude, nous ne contesterons pas le contrat une fois qu'il aura été en vigueur, du vivant de l'assuré(e), pendant deux ans suivant sa date d'établissement. La fraude inclut, sans toutefois s'y limiter, une fausse déclaration des habitudes tabagiques de l'assuré(e).

En outre, si nous vous autorisons à remettre cette police en vigueur ou à y apporter une modification ou un ajout, sur la base d'une preuve d'assurabilité, nous pourrions contester la remise en vigueur, la modification ou l'ajout s'il y a une fausse déclaration ou une omission importante dans la demande de remise en vigueur, de modification ou d'ajout. Sauf en cas de fraude, nous ne contesterons pas une modification, un ajout ou une remise en vigueur du vivant de l'assuré(e) deux ans après la date d'effet, telle qu'elle est indiquée dans nos dossiers.

**ERREUR SUR L'ÂGE OU LE SEXE** – Si la date de naissance ou le sexe de l'assuré(e) a fait l'objet d'une déclaration erronée, le montant de la prestation et celui de chaque avenant, le cas échéant, sera augmenté ou réduit, à n'importe quel moment, au montant de protection que nous aurions fourni en fonction des primes acquittées pour l'âge ou le sexe réel. Toutefois, lorsque l'âge influe sur le début ou la fin de la garantie, l'âge réel prévaut. Si nous n'aurions pas établi cette police parce que l'âge exact de l'assuré(e) à la date d'établissement ne répondait pas à nos exigences d'âge, à ce moment-là, nous déclarerons cette police nulle et nous vous rembourserons toutes les primes payées, sans intérêt.

**PRIMES** – La première prime totale est exigible à la date d'établissement de la police. Les dates d'échéance de la prime sont déterminées par la fréquence de paiement sélectionnée sur la proposition, à moins qu'elle n'ait été changée, tel qu'il est indiqué dans nos dossiers. Toutes les primes totales doivent être acquittées au plus tard à leurs dates d'échéance respectives ou à l'intérieur du délai de grâce.

Le montant des primes ainsi que le nombre d'années durant lesquelles elles sont payables sont indiqués dans le Tableau des garanties et des primes. Sous réserve de nos règles administratives constantes, vous pouvez modifier la fréquence de paiement à toute date d'échéance de la prime en nous soumettant une demande à cet effet. La prime correspondant à toute fréquence applicable sera basée sur nos facteurs de fréquence en vigueur au moment de la modification.

**CHANGEMENT DES PRIMES** – Les montants de prime indiqués dans le Tableau des garanties et des primes ne sont garantis que pour les cinq premières années contractuelles. Nous nous réservons le droit de changer le montant des primes après cela, mais pas plus d'une fois par période de douze mois. Nous vous aviserons au moins 45 jours avant un changement du montant de la prime. Une modification du montant d'une prime ne constitue pas une discrimination fondée sur des changements dans l'état de santé de l'assuré(e) après la date d'établissement.

**DÉLAI DE GRÂCE** – Après le paiement de la première prime due, nous vous accorderons un délai de grâce de 31 jours à compter de la date d'échéance de chacune des primes subséquentes. C'est ce qu'on appelle le délai de grâce. Une prime qui n'est pas acquittée au plus tard à sa date d'échéance est en souffrance. Si ladite prime est toujours en souffrance à la fin du délai de grâce, la présente police tombe automatiquement en déchéance. Si l'assuré(e) reçoit un diagnostic ou subit une intervention pour une maladie couverte pendant le délai de grâce et que la demande de règlement est approuvée, nous déduisons toute prime impayée de la prestation payable. Aucune prestation n'est payable pour une maladie couverte si le diagnostic ou le traitement survient alors que cette police n'est pas en vigueur.

**REMISE EN VIGUEUR** – La présente police peut être remise en vigueur dans un délai de deux ans de la date de déchéance indiquée dans nos dossiers. La remise en vigueur exige : 1) une proposition signée; 2) des preuves que nous jugeons satisfaisantes sur; a) la bonne santé et b) les autres aspects de l'assurabilité de l'assuré(e); et 3) le paiement des primes en souffrance et des intérêts calculés aux taux déterminés par nous ou prescrits par la loi applicable.

Les primes en souffrance seront la somme de ce qui suit :

- a) les primes totales dues, mais non payées au complet ou avant la date d'effet de la déchéance; plus
- b) les primes totales qui auraient été dues de la date d'effet de la déchéance à la date d'effet de la remise entrée en vigueur, indiquées dans nos dossiers, si la police n'était pas tombée en déchéance.

La remise en vigueur est soumise à notre approbation. Si nous approuvons la remise en vigueur de la présente police, la période moratoire et la période de contestabilité de deux ans recommenceront à compter de la date d'effet de la remise en vigueur.

**DEVISE** – Tous les paiements qui nous sont dus ou que nous devons acquitter seront effectués en dollars canadiens.

**DÉLAI DE PRESCRIPTION** – Une personne habilitée à présenter une demande de règlement au titre de cette police peut engager une action en justice pour faire valoir sa demande jusqu'à deux ans après la date de la demande de règlement, ou plus tard si la loi applicable le permet. Actuellement, les lois applicables aux délais de prescription sont les suivantes, selon la province ou le territoire qui s'applique à cette police :

Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes de la présente police est absolument interdite, sauf si elle est entamée dans le délai indiqué dans :

- **la Loi sur les assurances** en vigueur dans la province ou le territoire visé, pour les polices gouvernées par les lois de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut;
- **la Loi sur la prescription des actions** en vigueur en Saskatchewan ou à Terre-Neuve, pour les polices gouvernées par les lois de ces provinces;
- **la Loi de 2002 sur la prescription des actions**, pour les polices gouvernées par les lois de l'Ontario;
- **le Code civil**, pour les polices gouvernées par les lois du Québec.

Toutefois, veuillez noter que les lois relatives aux délais de prescription peuvent changer occasionnellement, il est donc important de vérifier les lois les plus récentes lorsqu'une demande de règlement est présentée.

**LOI APPLICABLE** – La présente police est gouvernée par les lois de la province ou du territoire où elle a été prise, c'est-à-dire là où vous avez signé la proposition en l'absence de preuve du contraire. Les règles de la loi de cette juridiction ne s'appliqueront pas.

**SANS PARTICIPATION** – La présente police est sans participation. C'est-à-dire qu'elle ne donne droit à aucune distribution de bénéfices.

**AVIS** – Les avis que nous vous envoyons à propos de la présente police ou d'un avenant vous seront envoyés à votre dernière adresse inscrite à nos dossiers. Vous devez nous aviser si vous ou le assuré(e) changez d'adresse. Si les primes sont payées par prélèvements automatiques, vous devez nous aviser si vos renseignements bancaires changent.

Les avis concernant la présente police ou un avenant peuvent, avec votre consentement, vous être envoyés par voie électronique, si nos pratiques administratives le permettent.

Les avis et les demandes que vous nous adressez doivent, si nous l'exigeons, être faites à l'aide de notre formulaire alors en vigueur pour transmettre ledit avis ou ladite demande. Si nous l'exigeons, vous devez signer tout avis ou toute demande que vous nous adressez et nous devons les recevoir pour pouvoir y donner suite. Chaque avis et demande sera réputé avoir été reçu à la date indiquée dans nos dossiers.

Les avis et les demandes que vous nous adressez peuvent, si nos pratiques administratives en vigueur à ce moment le permettent et sous réserve de celles-ci, être par voie électronique.

## DISPOSITIONS RELATIVES À LA PRESTATION

**PRESTATION** – Sous réserve des modalités du contrat, nous paierons la prestation sur réception d'une preuve que nous jugeons satisfaisante que l'assuré(e) a :

- a) reçu un diagnostic ou subi une intervention pour une maladie couverte alors que la présente police était en vigueur; et
- b) survécu jusqu'à la fin de la période de survie.

La prestation payable, le cas échéant, sera versée en montant forfaitaire. Une seule prestation sera versée, peu importe le nombre de maladies couvertes dont souffre l'assuré(e).

**PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT** – Nous devons recevoir un avis écrit d'un sinistre donnant droit à une prestation en vertu de la présente police pour pouvoir y donner suite. L'avis doit contenir suffisamment de renseignements pour nous permettre d'identifier l'assuré(e). Après avoir reçu un avis de sinistre, nous vous enverrons les formulaires à utiliser pour présenter une demande de règlement au titre de la présente police.

Nous devons recevoir une preuve écrite que nous jugeons satisfaisante que l'assuré(e) a reçu un diagnostic ou subi une intervention pour une maladie couverte avant de verser la prestation payable, le cas échéant. Cette preuve doit inclure une attestation par un spécialiste pertinent de son diagnostic d'une maladie couverte ou sa détermination que la chirurgie était médicalement nécessaire.

Nous nous réservons le droit de demander une preuve que nous jugeons satisfaisante de la date de naissance et du sexe de l'assuré(e) avant de payer la prestation.

**DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR UNE MALADIE GRAVE SURVENUE À L'EXTÉRIEUR DU CANADA OU DES ÉTATS-UNIS** – Si une maladie couverte a été diagnostiquée et soignée à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, aucune prestation ne sera payée, sauf si en plus des exigences applicables à une demande de règlement pour une maladie couverte survenue au Canada ou aux États-Unis :

- a) nous obtenons les dossiers médicaux que nous demandons;
- b) ces dossiers médicaux fournissent une confirmation que nous jugeons satisfaisante que le même diagnostic aurait été établi ou la même chirurgie aurait été conseillée si l'assuré(e) avait été au Canada ou aux États-Unis; et
- c) l'assuré(e) se soumet, à notre demande, à un examen médical par un médecin de notre choix.

**MALADIES COUVERTES** – Cette police couvre les maladies, affections, chirurgies et troubles décrits ci-dessous :

### Catégorie 1 - Cancer Plus

#### 1. Anémie aplastique

Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse, qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle;
- immunosuppresseurs; ou
- greffe de la moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par un spécialiste.

#### 2. Tumeur cérébrale bénigne

Un 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. L'assuré(e) doit avoir subi une intervention chirurgicale ou une radiothérapie ou la tumeur doit avoir provoqué des déficits neurologiques objectifs irréversibles. Ces déficits doivent être corroborés par l'imagerie diagnostique montrant des changements dont le caractère, l'emplacement et le moment sont compatibles avec les déficits neurologiques.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente police, les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter, une perte auditive mesurable, une perte de vision mesurable, des changements mesurables de la fonction neuro-cognitive, une perte objective de sensation, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté d'élocution), la dysphagie (difficulté de déglutition), une démarche déficiente (difficulté de marche), une difficulté d'équilibre, un manque de coordination ou de nouvelles crises en cours de traitement. Les maux de tête et la fatigue ne sont pas considérés comme un déficit neurologique.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette catégorie pour :

- les adénomes pituitaires de moins de 10 mm;
- les malformations vasculaires; ou
- les cholestéatomes; ou
- les tumeurs contagieuses ou inflammatoires.

Période moratoire d'exclusion – Nous ne paierons pas la prestation prévue au titre de cette maladie couverte si, pendant la période moratoire, l'assuré(e) présente :

- un signe, un symptôme ou un examen menant, directement ou indirectement, à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non couverte par cette police), quel qu'il soit le moment où le diagnostic est posé; ou
- un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non couverte par cette police).

Les informations médicales concernant le diagnostic et tout signe, symptôme ou examen menant au diagnostic doivent nous être communiquées dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces informations ne nous sont pas communiquées dans ce délai de six mois, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour tumeur cérébrale bénigne, ou toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

### 3. Cancer constituant un danger de mort

Un diagnostic formel d'une tumeur maligne. Cette tumeur doit être caractérisée par une croissance irrépressible, une propagation de cellules malignes et l'envahissement des tissus. Ces types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic d'un cancer constituant un danger de mort doit être posé par un spécialiste et être confirmé par un rapport pathologique.

Aux fins de la présente police :

- Le cancer de la prostate au stade T1a ou T1b signifie une tumeur cliniquement inapparente qui n'était pas palpable à l'examen rectal digital et a été trouvée accidentellement dans le tissu prostatique réséqué.
- Le terme tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) classées comme AJCC de stade 1 signifie :
  - TSGI gastrique et épiploïque dont la plus grande dimension est inférieure ou égale à 10 cm avec cinq mitoses ou moins par 5 mm<sup>2</sup>, ou 5 par HPF; ou
  - TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon, mésentérique et péritonéal dont la plus grande dimension est inférieure ou égale à 5 cm avec cinq mitoses ou moins par 5 mm<sup>2</sup>, ou 50 par HPF.
- Les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et AJCC de stade 1 sont définis dans le manuel de stadification du cancer de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 8<sup>e</sup> édition, 2018.
- Le terme Rai stage est tel que défini dans KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Parnack: *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia*. Sang 46:219, 1975.

Exclusions – Nous ne paierons pas la prestation prévue au titre de cette maladie couverte pour :

- des lésions décrites comme bénignes, non invasives, pré malignes, de potentiel malin faible et/ou incertain, à la limite de la malignité, carcinome in situ, ou les tumeurs classées comme Tis ou Ta;
- un mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, sauf s'il est ulcéré ou s'il est accompagné d'un ganglion lymphatique ou d'une métastase à distance;
- tout cancer de la peau autre qu'un mélanome, sans ganglion lymphatique ni métastase à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoïde ou le carcinome à cellules de Merkel;
- un cancer de la prostate classé comme T1a ou T1b, sans ganglion lymphatique ni métastase à distance;
- un cancer papillaire de la thyroïde ou un cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont la plus grande dimension est inférieure ou égale à 2,0 cm et qui est classé comme T1, sans ganglion lymphatique ni métastase à distance;
- une leucémie lymphocytaire chronique classée au stade Rai 0 sans hypertrophie des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie et avec un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- des tumeurs stromales gastro-intestinales classées comme AJCC de stade 1;
- des tumeurs neuroendocrines de grade 1 (carcinoïdes) confinées à l'organe à l'origine, traitées uniquement par chirurgie et ne nécessitant aucun traitement supplémentaire, autre que des médicaments pour contrôler les effets de la sursécrétion hormonale par la tumeur; ou
- des thymomes (stade 1) confinés au thymus, sans preuve d'invasion dans la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Période moratoire d'exclusion – Nous ne paierons pas la prestation prévue au titre de cette maladie couverte si, pendant la période moratoire, l'assuré(e) présente :

- un signe, un symptôme ou un examen menant, directement ou indirectement, au diagnostic de cancer (couvert ou non couvert par cette police), quel que soit le moment où le diagnostic est posé; ou
- un diagnostic de cancer (couvert ou non couvert par cette police).

Les informations médicales concernant le diagnostic et tout signe, symptôme ou examen menant au diagnostic doivent nous être communiquées dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces informations ne nous sont pas communiquées dans ce délai de six mois, nous aurons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer constituant un danger de mort, ou toute maladie grave causée par un cancer constituant un danger de mort ou son traitement.

## Catégorie 2 - Cardiopathie Plus

### 1. Chirurgie de l'aorte

Le fait de subir une intervention chirurgicale pour une maladie de l'aorte nécessitant l'excision et le remplacement chirurgical de toute partie de l'aorte malade par un greffon. Aorte désigne l'aorte thoracique et abdominale, mais pas ses branches.

La chirurgie doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions – Nous ne paierons pas la prestation prévue au titre de cette maladie couverte pour :

- anéurysme;
- procédures intravertébrales;
- procédures par traitement cathéter percutané; ou
- procédures non chirurgicales.

### 2. Pontage coronarien

Une 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.

La chirurgie doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions – Nous ne paierons pas la prestation prévue au titre de cette maladie couverte pour :

- angioplastie;
- procédures intra-artérielles;
- procédures par transcathéter percutané; ou
- procédures non chirurgicales.

### 3. Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde)

Un diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) doit être posé par un spécialiste.

Exclusions – Nous ne paierons pas la prestation prévue au titre de cette maladie couverte pour :

- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur;
- autres syndromes coronariens aigus, y compris l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- marqueurs biochimiques cardiaques élevés et/ou symptômes attribuables à des procédures médicales ou à des diagnostics autres qu'une crise cardiaque.

### 4. Chirurgie valvulaire

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

La chirurgie doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions – Nous ne paierons pas la prestation prévue au titre de cette maladie couverte pour :

- angioplastie;
- procédures intra-artérielles;
- procédures par transcathéter percutané; ou
- procédures non chirurgicales.

### 5. Accident vasculaire cérébral (accident cérébrovasculaire entraînant des déficits neurologiques persistants)

Un diagnostic formel d'un accident cérébrovasculaire aigu causé par une thrombose, une hémorragie ou une embolie intra-crânienne, avec :

- a) apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- b) nouveaux déficits neurologiques persistants qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 72 heures après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements dont le caractère, l'emplacement et le moment sont compatibles avec les nouveaux déficits neurologiques.

Le diagnostic d'accident cérébrovasculaire aigu (accident cérébrovasculaire entraînant des déficits neurologiques persistants) doit être posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente police, les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter, une perte auditive mesurable, une perte de vision mesurable, des changements mesurables de la fonction neuro-cognitive, une perte objective de sensation, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté d'élocution), la dysphagie (difficulté de déglutition), une démarche déficiente (difficulté de marche), une difficulté d'équilibre, un manque de coordination ou de nouvelles crises en cours de traitement. Les maux de tête et la fatigue ne sont pas considérés comme un déficit neurologique.

Exclusions – Nous ne paierons pas la prestation prévue au titre de cette maladie couverte pour :

- attaques ischémiques transitoires;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- troubles ischémiques du système vestibulaire;
- destruction du tissu du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vision de cet œil; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.



## DISPOSITIONS LÉGALES

Si la juridiction de la loi applicable à cette police est autre que le Québec, conformément aux lois provinciales et territoriales, les dispositions légales suivantes s'appliquent, sauf indication contraire. Si la juridiction de la loi applicable à cette police est le Québec, alors vous et nous acceptons d'être liés par ces dispositions.

**LE CONTRAT** – La proposition, la présente police, tout document y étant joint au moment de l'établissement et toute modification au contrat convenue par écrit après l'établissement de la police constituent le contrat intégral et aucun représentant ne possède l'autorité de changer ou d'écarter aucune de ses dispositions.

**EXONÉRATION** (*Ne s'applique pas si la compétence applicable à cette police est l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario ou la Saskatchewan*) - L'assureur sera réputé avoir renoncé à une condition du présent contrat, en totalité ou en partie, que si la renonciation est clairement exprimée dans un écrit signé.

**COPIE DE LA PROPOSITION** – Sur demande, l'assureur vous fournira, à vous ou à un demandeur en vertu du contrat, une copie de la proposition.

**FAITS IMPORTANTS** – Aucune des déclarations de l'assuré(e) au moment de remplir la proposition pour le présent contrat ne pourra être utilisée pour refuser une demande de règlement ou annuler le présent contrat, à moins qu'elle ne soit contenue dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite fournie comme preuve d'assurabilité.

**AVIS ET PREUVE DE SINISTRE** – Le propriétaire, l'assuré(e) ou le mandataire de son ou leur doit :

- a) dans un délai de 30 jours suivant la survenance d'un sinistre en vertu du contrat, fournir un avis de sinistre écrit à l'assureur;
  - i. en livrant l'avis, ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province ou le territoire; ou
  - ii. en remettant l'avis à un agent autorisé de l'assureur dans la province ou le territoire;
- b) dans les 90 jours de la date de survenance d'un sinistre en vertu du contrat, fournir à l'assureur les preuves, qu'il est raisonnablement possible d'apporter dans les circonstances, consistant :
  - i. la survenance de la maladie couverte;
  - ii. le droit du demandeur de recevoir la prestation;
  - iii. l'âge du demandeur; et
- c) à la demande de l'assureur, fournir une attestation satisfaisante de la cause ou de la nature de la maladie couverte pour laquelle une demande de règlement est présentée en vertu du présent contrat.

**OMISSION DE FOURNIR UN AVIS DE SINISTRE OU UNE PREUVE** – Le fait de ne pas nous envoyer un avis de sinistre ou une preuve du sinistre dans les délais stipulés dans les dispositions légales n'invalide pas le sinistre si un avis ou une preuve est donné ou fourni aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire, et jamais plus d'un an, ou en Saskatchewan, au plus tard dans le délai de prescription prévu par la loi sur la prescription (The Limitations Act) suivant la date à laquelle un sinistre survient en vertu du contrat, s'il peut être prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de présenter un tel avis ou de fournir une telle preuve dans les délais impartis.

**L'ASSUREUR DOIT FOURNIR LES FORMULAIRES DE PREUVE DE SINISTRE** – L'assureur doit fournir des formulaires de preuve de sinistre dans les quinze jours suivant réception de l'avis de sinistre, mais si le demandeur n'a pas reçu les formulaires à l'intérieur d'un tel délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous forme de déclaration écrite décrivant la cause et la nature de la maladie couverte à l'origine de la demande de règlement.

**DROITS D'EXAMEN** – Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat :

- a) le demandeur doit permettre à l'assureur d'examiner l'assuré(e) quand et aussi souvent qu'il est raisonnablement requis alors qu'une demande de règlement est en instance; et
- b) si l'assuré(e) décède, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve de toute loi de la juridiction applicable aux autopsies; et
- c) en Saskatchewan, l'assureur doit payer les frais de tout examen ou toute autopsie et fournir des copies des rapports connexes à l'assuré(e) ou à son représentant.

**DÉLAI DE PAIEMENT DES PRESTATIONS AUTRES QUE POUR UN ARRÊT DE TRAVAIL** – L'assureur verse tous les montants payables aux termes du présent contrat, sauf les prestations pour arrêt de travail, dans un délai de 60 jours suivant réception de la preuve de sinistre.

**PRESCRIPTION DES ACTIONS** *(Ne s'applique pas si la compétence applicable à cette police est l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario ou la Saskatchewan)* – Toute action ou poursuite contre l'assureur pour le recouvrement d'un règlement aux termes du présent contrat doit être intentée dans l'année suivant la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la demande de règlement avait été valide.

SPECIMEN

## AVENANT DE REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

**DÉFINITIONS** – Les termes ci-dessous ont la signification particulière indiquée lorsqu'ils sont utilisés dans le contexte du présent avenant :

« **Assuré(e)** » désigne la personne qui est assurée en vertu de la police, telle qu'elle est nommée dans le Tableau des garanties et des primes.

« **Montant de la prestation** » signifie la somme des primes admissibles payées, sans intérêt.

« **Primes admissibles** » signifient la prime pour la police et la prime pour cet avenant. Les primes pour d'autres avenants joints à la police, le cas échéant, ne sont pas des primes admissibles.

« **Police** » désigne la police à laquelle cet avenant est joint, comme indiqué dans nos dossiers. Pendant qu'il est en vigueur, cet avenant fait partie du contrat. Sauf modification par cet avenant, les dispositions et les détails de la police s'appliquent à cet avenant.

**ENTRÉE EN VIGUEUR ET FIN DE CET AVENANT** – Cet avenant entre en vigueur à la même date que la police. Une fois en vigueur, le présent avenant restera en vigueur jusqu'à la première de ces éventualités :

- la date d'effet de votre demande de résiliation de l'avenant, telle qu'elle est indiquée dans nos dossiers;
- la date à laquelle une prestation est payée en vertu de la police ;
- la date à laquelle la police cesse d'être en vigueur, telle qu'elle est décrite dans la police.

Cet avenant ne sera pas en vigueur après la première des dates ci-dessus, ce qui signifie que notre responsabilité en vertu de celui-ci prendra fin.

**PRIMES** – Le montant des primes pour cet avenant ainsi que le nombre d'années durant lesquelles elles sont payables sont indiqués dans le Tableau des garanties et des primes de la police. Pendant que cet avenant est en vigueur, la prime s'y rapportant est incluse à la prime totale pour la police. Sous réserve de la disposition « Entrée en vigueur et fin de cet avenant », pour maintenir cet avenant en vigueur, vous devez payer la prime totale lorsqu'elle est due, telle qu'elle est décrite dans la police.

**CHANGEMENT DES PRIMES** – Les montants de prime indiqués dans le Tableau des garanties et des primes de la police ne sont garantis que pour les cinq premières années contractuelles. Nous nous réservons le droit de changer le montant de la prime de cet avenant après cela, mais seulement si le montant pour la police change, comme indiqué dans la clause de changement des primes de la police.

**PRESTATION** – Sous réserve des modalités du contrat, nous paierons la prestation sur réception d'une preuve que nous jugeons satisfaisante du décès de l'assuré(e). Le décès doit survenir alors que l'avenant est en vigueur. La prestation sera versée conformément à la disposition relative au bénéficiaire. Nous ne paierons pas une demande de règlement en vertu de la police et le montant de la prestation de cet avenant.

**BÉNÉFICIAIRE** – Vous pouvez désigner un ou plusieurs premiers bénéficiaires et bénéficiaires subsidiaires en vertu de cet avenant. Le premier bénéficiaire et le bénéficiaire subsidiaire initiaux, si désignés, sont nommés dans la proposition. Si aucun premier bénéficiaire n'est désigné dans la proposition, alors vous êtes le premier bénéficiaire initial.

Vous pouvez désigner un nouveau bénéficiaire en tout temps pendant que cet avenant est en vigueur, en nous présentant une demande de changement de bénéficiaire. Si vous avez désigné un bénéficiaire irrévocable, pour changer cette désignation ou sa part de la prestation, vous devrez fournir un consentement signé de ce bénéficiaire irrévocable, ou, lorsque la loi le permet, une ordonnance d'un tribunal au lieu du consentement du bénéficiaire. Sauf indication contraire de votre part, le changement de bénéficiaire entrera en vigueur à la date à laquelle vous avez signé la demande, peu importe si vous ou l'assuré(e) êtes vivants ou non au moment où nous la recevons. Chaque changement de bénéficiaire sera soumis aux paiements effectués ou aux autres mesures prises par nous avant de recevoir la demande de changement.

Chaque premier bénéficiaire survivant recevra sa part de la prestation payable par nous, le cas échéant, au titre de cet avenant. Cette part est indiquée dans la proposition, à moins d'avoir été modifiée, comme indiqué dans nos dossiers. Si un premier bénéficiaire est décédé à la date où une prestation est payable, sa part sera partagée également entre les premiers bénéficiaires survivants. Cette répartition sera basée sur le rapport entre les pourcentages indiqués pour ces bénéficiaires survivants et le pourcentage total pour ces survivants. Si aucun pourcentage n'a été indiqué, la prestation sera partagée également entre les premiers bénéficiaires survivants. Si aucun premier bénéficiaire n'est vivant à la date où une prestation est payable, chaque bénéficiaire subsidiaire survivant, le cas échéant, recevra sa part de la prestation payable par nous, le

cas échéant, de la même manière décrite ci-dessus pour les premiers bénéficiaires.

S'il n'y a aucun bénéficiaire vivant ou personne admissible lorsqu'une prestation devient payable, vous, ou votre succession, serez réputé être le bénéficiaire. Si le produit a été cédé, un ajustement de la prestation payable au bénéficiaire peut être effectué sur approbation d'une demande de règlement.

SPECIMEN

## GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

**DÉFINITIONS** – Les termes ci-dessous ont la signification particulière indiquée lorsqu'ils sont utilisés dans le contexte du présent avenant :

« **Assuré(e)** » désigne la personne qui est assurée en vertu de cet avenant, telle qu'elle est nommée dans le Tableau des garanties et des primes.

« **Décès accidentel** » signifie un décès attribuable, directement et indépendamment de toute autre cause, à une blessure corporelle causée uniquement par des moyens externes, violents et accidentels, alors que cet avenant est en vigueur. Le décès doit survenir dans les 365 jours suivant l'accident et alors que le présent avenant est en vigueur.

« **Montant de la prestation** » désigne le montant indiqué dans le Tableau des garanties et des primes de la police, comme prestation de la garantie de décès accidentel, à moins qu'il ne soit modifié comme indiqué dans nos dossiers.

« **Police** » désigne la police à laquelle cet avenant est joint, comme indiqué dans nos dossiers. Pendant qu'il est en vigueur, cet avenant fait partie du contrat. Sauf modification par cet avenant, les dispositions et les définitions de la police s'appliquent à cet avenant.

**ENTRÉE EN VIGUEUR ET FIN DE CET AVENANT** – Si cet avenant est joint à la police à la date d'établissement de la police, il entre en vigueur à la même date que la police. Si cet avenant est ajouté après la date d'établissement de la police, il entre en vigueur à la date indiquée dans nos dossiers, lorsque nous en approuvons l'ajout à la police, dans la mesure où l'assurabilité de l'assuré(e), aux fins de cet avenant, n'a pas changé contre la date où vous ou elle a signé la proposition pour cet avenant et la date de son approbation.

Une fois en vigueur, le présent avenant restera en vigueur jusqu'à la première de ces éventualités :

- l'anniversaire contractuel auquel l'assuré(e) a 70 ans;
- la date d'effet de votre demande de résiliation de l'avenant, telle qu'elle est indiquée dans nos dossiers; ou
- la date à laquelle la police cesse d'être en vigueur, telle qu'elle est décrite dans la police.

Cet avenant ne sera pas en vigueur après la première des dates ci-dessus, ce qui signifie que notre responsabilité en vertu de celui-ci prendra fin.

**PRIMES** – Le montant des primes pour cet avenant ainsi que le nombre d'années durant lesquelles elles sont payables sont indiqués dans le Tableau des garanties et des primes de la police. Pendant que cet avenant est en vigueur, la prime s'y rapportant est incluse à la prime totale pour la police. Sous réserve de la disposition « Entrée en vigueur et fin de cet avenant », pour maintenir cet avenant en vigueur, vous devez payer la prime totale lorsqu'elle est due, telle qu'elle est décrite dans la police.

**PRESTATION** – Sous réserve des modalités du contrat, nous paierons la prestation sur réception d'une preuve que nous jugeons satisfaisante que le décès de l'assuré(e) fût accidentel. La prestation sera versée conformément à la disposition relative au bénéficiaire. Avant de payer la prestation prévue au titre de cet avenant, nous aurons le droit et la possibilité de faire examiner le corps et de faire pratiquer une autopsie à nos frais.

**BÉNÉFICIAIRE** – Vous pouvez désigner un ou plusieurs premiers bénéficiaires et bénéficiaires subsidiaires en vertu de cet avenant. Le premier bénéficiaire et le bénéficiaire subsidiaire initiaux, si désignés, sont nommés dans la proposition. Si aucun premier bénéficiaire n'est désigné dans la proposition, alors vous êtes le premier bénéficiaire initial.

Vous pouvez désigner un nouveau bénéficiaire en tout temps pendant que cet avenant est en vigueur, en nous présentant une demande de changement de bénéficiaire. Si vous avez désigné un bénéficiaire irrévocable, pour changer cette désignation ou sa part de la prestation, vous devrez fournir un consentement signé de ce bénéficiaire irrévocable, ou, lorsque la loi le permet, une ordonnance d'un tribunal au lieu du consentement du bénéficiaire. Sauf indication contraire de votre part, le changement de bénéficiaire entrera en vigueur à la date à laquelle vous avez signé la demande, peu importe si vous ou l'assuré(e) êtes vivants ou non au moment où nous la recevons. Chaque changement de bénéficiaire sera soumis aux paiements effectués ou aux autres mesures prises par nous avant de recevoir la demande de changement.

Chaque premier bénéficiaire survivant recevra sa part de la prestation payable par nous, le cas échéant, au titre de cet avenant. Cette part est indiquée dans la proposition, à moins d'avoir été modifiée, comme indiqué dans nos dossiers. Si un premier bénéficiaire est décédé à la date où une prestation est payable, sa part sera partagée également entre les premiers

bénéficiaires survivants. Cette répartition sera basée sur le rapport entre les pourcentages indiqués pour ces bénéficiaires survivants et le pourcentage total pour ces survivants. Si aucun pourcentage n'a été indiqué, la prestation sera partagée également entre les premiers bénéficiaires survivants. Si aucun premier bénéficiaire n'est vivant à la date où une prestation est payable, chaque bénéficiaire subsidiaire survivant, le cas échéant, recevra sa part de la prestation payable par nous, le cas échéant, de la même manière décrite ci-dessus pour les premiers bénéficiaires.

S'il n'y a aucun bénéficiaire vivant ou personne admissible lorsqu'une prestation devient payable, vous, ou votre succession, serez réputé être le bénéficiaire. Si le produit a été cédé, un ajustement de la prestation payable au bénéficiaire peut être effectué sur approbation d'une demande de règlement.

**EXCEPTIONS** – Nous ne paierons pas la prestation si le décès de l'assuré(e) est directement ou indirectement attribuable à l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- 1) Suicide, tentative de suicide ou blessure auto-infligée intentionnellement, quel que soit l'état d'esprit de l'assuré et qu'il ait ou non été capable de comprendre la nature et les conséquences de ses actes.
- 2) Perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel, quel que soit ou non accusé(e) de cette infraction pénale.
- 3) Guerre ou acte de guerre, déclaré(e) ou non;
- 4) Service, en tant que combattant ou non-combattant, dans l'armée, la marine ou la force aérienne de tout pays ou toute autorité internationale.
- 5) Participation à une émeute, une agitation civile ou une insurrection ou à tout acte y rapportant.
- 6) Participation à une course motorisée ou un concours de vitesse, quel qu'il soit.
- 7) Voyager dans un avion, quel qu'en soit le type, autrement qu'en tant que passager payant dans un avion de transport de passagers autorisé sur un vol régulier. Le voyage en avion comprend la descente d'un avion en vol.
- 8) Une infirmité physique ou mentale, ou une maladie ou affection quelconque.
- 9) L'administration intentionnelle d'un médicament, d'un hypnotique ou d'un stupéfiant, sauf s'il est administré sur les conseils d'un médecin, à la fréquence et au dosage prescrit par celui-ci ou, dans le cas d'un médicament légal, non prescrit, selon les recommandations du fabricant.
- 10) Une infection, autre qu'une infection causée par une coupure ou une blessure accidentelle.
- 11) L'empoisonnement ou l'inhalation, volontaire ou involontaire, de gaz ou de fumées.
- 12) Blessure ne présentant aucune contusion ni lésion externe visible, sauf une noyade ou une blessure interne constatée par autopsie.
- 13) Un événement lié à la conduite d'un véhicule motorisé alors que l'assuré(e) était intoxiqué(e) par une drogue ou un médicament non prescrit.
- 14) Un événement lié à la conduite d'un véhicule motorisé alors que le sang de l'assuré(e) contient de l'alcool et/ou du tétrahydrocannabinol (THC) en excès de la limite légale pour la conduite d'un véhicule motorisé dans la juridiction où cet événement s'est produit.

La présente page, qui vient à la suite de la police et de l'avenant (des avenants), le cas échéant, fait partie intégrante du contrat.

## **FORESTERS, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE**

**est membre de**

### **Assuris.**

Assuris gère le régime de protection du consommateur institué pour offrir une protection aux propriétaires de police des compagnies membre.

Ce genre de contrat est couvert par le Régime de protection du consommateur.

Les clients devraient lire la brochure "Assuris" pour comprendre les restrictions de la protection.

**Distribué par :**  
**Plan de Protection du Canada**  
**250 Ferrand Drive, bureau 1100**  
**Toronto (Ontario) M3C 1G8**

**Établi par :**  
**Foresters, compagnie d'assurance vie**  
**C.P. 4000 succursale Don Mills**  
**Toronto (Ontario) Canada M3C 2W9**

Les demandes ou les avis concernant la police, ou un avenant, doivent être envoyés à Foresters, compagnie d'assurance vie a/s de Plan de Protection du Canada, à l'adresse indiquée ci-dessus.

Toute correspondance peut nous être envoyée à l'adresse de Foresters, compagnie d'assurance vie, indiquée ci-dessus. Nous vous informerons de tout changement d'adresse.

Si vous avez des questions concernant la police, ou un avenant, vous pouvez communiquer avec votre conseiller en assurance ou nous appeler au numéro sans frais 1 877 629-9090.