

ASSURANCES
VIE ET SANTÉ

Conseillers – Maladies graves

Description de produit



beneva

Table des matières

1.	Qu'est-ce qu'un produit d'assurance maladies graves?	1
2.	Pourquoi souscrire à l'assurance maladies graves?	1
3.	Clientèle cible	2
4.	Caractéristiques du produit	2
4.1	Types de protection	2
4.2	Régimes offerts et âges d'adhésion	2
4.3	Maladies graves couvertes	3
4.4	Prestation additionnelle	4
4.5	Montant d'assurance	4
4.6	Tranches de montant d'assurance	4
4.7	Option de renouvellement	4
4.8	Droit de transformation	5
4.9	Types de contrat d'assurance	5
4.10	Garantie d'assistance	5
5.	Avenants de remboursements des primes	6
5.1	Remboursement des primes au décès	6
5.2	Remboursement des primes à l'expiration	6
5.3	Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration (15 ou 20 ans)	7
6.	Garanties supplémentaires	8
6.1	Avenant Juvénile (AJ)	8
6.2	Exonération des primes (EP)	9
6.3	Bénéfice en cas de fracture	10
7.	Protections complémentaires	10
8.	Paie ment des primes	10
9.	Prestation payable à la suite d'un diagnostic d'une maladie grave couverte	10
10.	Annexes	12
10.1	Définitions des maladies graves couvertes sous les protections de base et enrichie	12
10.2	Définitions de quatre maladies graves additionnelles couvertes sous la protection pour enfant	20
10.3	Définitions des huit conditions médicales couvertes par la garantie Prestation additionnelle	21
10.4	Définitions des maladies graves couvertes par la garantie Avenant juvénile	22

1. Qu'est-ce qu'un produit d'assurance maladies graves?

De nos jours, les progrès dans le domaine de la recherche médicale permettent à de nombreuses personnes atteintes d'une maladie grave de survivre et de mener, par la suite, une vie productive. L'assurance en cas de maladie grave s'avère un excellent complément à toute planification financière.

L'Assurance maladies graves est une protection qui procure aux assurés les moyens nécessaires afin de maintenir leur niveau de vie et d'alléger leurs obligations financières, advenant le diagnostic d'une maladie grave. En effet, lorsque l'assuré reçoit le diagnostic d'une maladie grave couverte et survit pendant une période d'au moins trente (30) jours, le montant forfaitaire souscrit est versé libre d'impôt.

L'assuré peut utiliser la prestation à sa guise, par exemple, pour :

- régler les factures liées aux dépenses courantes (hypothèque, frais de garde des enfants, paiement des soldes de cartes de crédit, etc.);
- choisir de se faire traiter en clinique privée ou à l'étranger;
- payer les médicaments ou les frais médicaux non couverts par un autre régime;
- adapter son domicile à sa condition médicale ou s'offrir des soins infirmiers à domicile;
- acquitter les frais de son entreprise afin d'en assurer sa survie;
- prévoir un revenu en cas d'absence du travail durant une longue période.

2. Pourquoi souscrire à l'assurance maladies graves?

Plusieurs études soutiennent la pertinence de ce produit, confirmant que de nombreux Canadiens seront affectés par la maladie grave au cours de leur vie.

Les statistiques¹ révèlent que :

- Près de 40 % des Canadiennes et 45 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.
- Chaque année, environ 70 000 personnes sont victimes de crises cardiaques au Canada. Cela représente une crise cardiaque toutes les 7 minutes.
- Chaque année, il y a plus de 50 000 accidents vasculaires cérébraux au Canada. Cela représente un accident vasculaire cérébral toutes les 10 minutes.
- Chaque année, approximativement, 1 000 nouveaux cas de sclérose en plaques sont diagnostiqués au Canada.
- Au Canada, environ 1 enfant sur 165 est atteint d'autisme.
- Au Canada, 1 nouveau-né sur 3 600 est atteint de fibrose kystique.

Comme nous pouvons le constater, les chiffres démontrent bien l'importance d'une assurance en cas de maladie grave. En effet, c'est une protection indispensable au moment où le bien-être financier est compromis. Elle permet aux assurés de mieux faire face aux difficultés financières sans avoir à épuiser dans leurs économies ou dans leurs comptes de retraite. Vous pouvez aider vos clients à bâtir une protection complète grâce à l'étendue de choix et d'options que nous vous offrons.

1. Sources : Société canadienne du cancer, Fondation des maladies du cœur du Canada, Société canadienne de la sclérose en plaques, Société canadienne de l'autisme, Fondation canadienne de la fibrose kystique.

3. Clientèle cible

Personne n'est à l'abri d'une maladie grave, il est donc important que l'Assurance maladies graves soit incorporée à la planification financière effectuée avec vos clients. La voie vers la guérison peut s'avérer longue et coûteuse. Le montant d'assurance pourrait les aider à couvrir les dépenses additionnelles encourues durant leur rétablissement.

Ce produit s'adapte aux besoins d'une clientèle variée : les familles, les enfants, les jeunes couples ainsi que les propriétaires d'entreprises et les travailleurs autonomes. En somme, cette assurance permet aux clients de répondre à leurs besoins, peu importe leur situation.

4. Caractéristiques du produit

4.1 Types de protection

L'Assurance maladies graves offre trois types de protection :

- **Protection de base** couvrant les 3 maladies graves les plus courantes
- **Protection enrichie** couvrant 25 maladies graves
- **Protection pour enfant** couvrant un total de 29 maladies graves

4.2 Régimes offerts et âges d'adhésion

Plusieurs régimes sont offerts pour répondre aux différents besoins de chaque client. Que ce soit pour une couverture d'assurance maladies graves temporaire ou permanente, vous serez en mesure de proposer un régime qui convient au profil de vos clients. La protection de base et la protection enrichie sont offertes sous cinq régimes, seuls trois régimes sont offerts sous la protection pour enfant. L'âge est déterminé selon l'anniversaire de naissance le plus proche.

Régimes	Âges d'adhésion	Description
T10 – Base T10 – Enrichie	18 à 65 ans	Protection temporaire 10 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans et transformable jusqu'à l'âge de 65 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties pour le terme initial et les primes de renouvellement sont garanties à l'émission du contrat.
T20 – Base T20 – Enrichie	18 à 55 ans	Protection temporaire 20 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans et transformable jusqu'à l'âge de 65 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties pour le terme initial et les primes de renouvellement sont garanties à l'émission du contrat.
T75 – Base T75 – Enrichie	18 à 65 ans	Protection jusqu'à l'âge de 75 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties.
T75 – Enfant	30 jours à 17 ans	
T100 – Base T100 – Enrichie	18 à 65 ans	Protection jusqu'à l'âge de 100 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties.
T100 – Enfant	30 jours à 17 ans	
T100 libérée 20 – Base T100 libérée 20 – Enrichie	18 à 50 ans	Protection jusqu'à l'âge de 100 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties. La protection est entièrement libérée de tout paiement de primes après 20 années de contrat.
T100 libérée 20 – Enfant	30 jours à 17 ans	

4.3 Maladies graves couvertes

Le tableau ci-dessous illustre les maladies graves couvertes sous chaque type de protection. Pour connaître la définition des maladies couvertes, veuillez vous référer à l'annexe située à la fin de ce document.

	BASE 3 maladies graves	ENRICHIE 25 maladies graves	ENFANT 29 maladies graves
Accident vasculaire cérébral (ayant causé des déficits neurologiques graves)	✓	✓	✓
Cancer	✓	✓	✓
Crise cardiaque grave (infarctus du myocarde)	✓	✓	✓
Anémie aplastique		✓	✓
Brûlures graves		✓	✓
Cécité		✓	✓
Chirurgie de l'aorte		✓	✓
Coma		✓	✓
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		✓	✓
Démence, y compris maladie d'Alzheimer		✓	✓
Greffe d'un organe vital		✓	✓
Infection au VIH contractée au travail		✓	✓
Insuffisance rénale		✓	✓
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		✓	✓
Maladie du motoneurone		✓	✓
Méningite bactérienne		✓	✓
Paralyse		✓	✓
Perte d'autonomie		✓	✓
Perte de l'usage de la parole		✓	✓
Perte de membres		✓	✓
Pontage aortocoronarien		✓	✓
Remplacement ou réparation d'une valve cardiaque		✓	✓
Sclérose en plaques		✓	✓
Surdité		✓	✓
Tumeur cérébrale bénigne		✓	✓
Diabète de type 1			✓
Dystrophie musculaire			✓
Fibrose kystique			✓
Trouble du spectre de l'autisme			✓

4.4 Prestation additionnelle

En plus des maladies graves couvertes énumérées précédemment, un paiement de 15 % du montant d'assurance souscrit allant jusqu'à un maximum de 50 000 \$ est versé lorsque l'assuré est diagnostiqué d'une des conditions médicales suivantes :

- Cancer du sein classé comme in-situ ;
- Mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm qui n'est pas ulcéré et/ou qui ne s'est pas propagé aux nœuds lymphatiques ou à d'autres organes ;
- Cancer de la prostate, classé T1 selon la classification de l'AJCC et s'il présente un score de Gleason 6 ou moins ;
- Cancer de la thyroïde, classé T1 selon la classification de l'AJCC et s'il ne s'est pas propagé aux nœuds lymphatiques ou à d'autres organes ;
- Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai ;
- Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC ;
- Tumeurs neuroendocrines au stade 1 selon la classification de l'AJCC ; et
- Angioplastie coronarienne.

Le montant d'assurance n'est pas réduit à la suite du paiement de la Prestation additionnelle et le contrat demeure en vigueur. Quatre prestations sont payables par assuré en vertu de cette garantie, une prestation additionnelle ne peut être versée plus d'une fois pour la même maladie.

La garantie Prestation additionnelle est incluse sans frais dans la protection enrichie et la protection pour enfant seulement.

Pour connaître la définition des conditions médicales couvertes, veuillez vous référer à l'annexe située à la fin de ce document.

4.5 Montant d'assurance

Base et enrichie

- Minimum : 25 000 \$
- Maximum : 2 000 000 \$

Enfant

- Minimum : 25 000 \$
- Maximum : 250 000 \$

4.6 Tranches de montant d'assurance

Base et enrichie

- 25 000 \$ à 49 999 \$
- 50 000 \$ à 99 999 \$
- 100 000 \$ à 249 999 \$
- 250 000 \$ à 2 000 000 \$

Enfant

- 25 000 \$ à 49 999 \$
- 50 000 \$ à 99 999 \$
- 100 000 \$ à 249 999 \$
- 250 000 \$

4.7 Option de renouvellement

Les régimes T10 et T20 sont renouvelables jusqu'à l'âge de 75 ans, sans preuve d'assurabilité. La prime de renouvellement est garantie à l'émission du contrat et elle est déterminée selon l'âge atteint de l'assuré à chaque échéance de terme de 10 ans ou 20 ans, selon le régime sélectionné.

4.8 Droit de transformation

Avant l'âge de 65 ans, les régimes T10 et T20 sont transformables, sous le même type de protection, sans preuve d'assurabilité, en régimes T75 ou T100.

4.9 Types de contrat d'assurance

L'Assurance maladies graves offre les types de contrat d'assurance suivants :

- Individuel; et
- Multi-Vie couvrant jusqu'à 6 individus avec un maximum de 20 couvertures sous un seul contrat.

Les frais annuels de contrat sont de 60 \$.

4.10 Garantie d'assistance

La Garantie d'assistance est incluse sans frais supplémentaires avec tous les régimes d'Assurance maladies graves. Des services de consultation, de support médical et d'assistance sont offerts par le biais d'un numéro de téléphone sans frais, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7², dès l'émission du contrat et pour l'assuré et sa famille (le ou la conjoint(e) et les enfants).

- **Seconde opinion médicale** : ce service, basé sur une analyse des rapports médicaux, fait une révision des éléments clés du diagnostic soumis et produit un rapport avec recommandation d'un médecin dont l'expertise est pertinente au dossier.
- **Référence médicale** : ce service fournit jusqu'à trois noms de médecins les plus qualifiés pour traiter son état.
- **Services administratifs** : ce service permet de recevoir une aide administrative telle que l'analyse de la facturation, s'assurant que les factures sont appropriées, exemptes de tout dédoublement, erreurs et surtarification.
- **Assistance admission hospitalière et hébergement à l'extérieur de la province ou du pays** : ce service assure la prise en charge de rendez-vous avec les médecins, les arrangements pour l'admission à l'hôpital, les réservations de chambres d'hôtel, l'organisation du transport ou les services d'un interprète. Il s'assure également que des escomptes soient obtenus à travers les organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels.
- **Assistance psychologique** : ce service fournit des services psychologiques expérimentés et ce, sans limite.
- **Assistance médicale** : ce service, offert par les infirmières diplômées, fournit de l'information sur toute question touchant la santé, le mode de vie et la médecine.
- **Assistance convalescence** : ce service permet d'obtenir les coordonnées dans le domaine de la santé pour pallier les besoins en cas de convalescence.
- **Services de conciergerie** : ce service fournit de l'information et des références sur toute question touchant la vie quotidienne.
- **Assistance juridique** : accès aux conseils d'avocat sur toutes questions d'ordre juridique incluant l'assistance en cas d'usurpation d'identité. Ce service, offert par des avocats, fournit de l'information juridique dans tous les domaines du droit. Les principaux domaines traités sont les suivants :
 - Droit civil
 - Biens et propriétés
 - Famille et successions
 - Droit de la consommation
 - Droit pénal et criminel

Un dépliant sur la Garantie d'assistance est disponible pour remettre à votre client (DIND0073F).

2. L'assistance juridique est offerte du lundi au vendredi de 9 h à 20 h et le samedi de 10 h à 17 h (HE).

5. Avenants de remboursements des primes

Les différents avenants facultatifs de remboursement des primes offrent aux clients la possibilité de récupérer leurs primes payées si aucune prestation en cas de maladie grave n'a été versée. Les avenants de remboursement des primes sont offerts à l'émission seulement.

Lorsque la valeur du remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration (RDP 15 ans -RDP 20 ans) ou celle du remboursement des primes à l'expiration est plus élevée que le capital assuré, ce dernier est ajusté pour correspondre à la valeur du remboursement des primes.

Le tableau ci-dessous présente l'offre des différentes options de remboursements des primes et leurs âges d'adhésion respectifs.

	Remboursement des primes (RDP) au décès	Remboursement des primes (RDP) à l'expiration	Remboursement des primes (RDP) à la résiliation ou à l'expiration (15 ans)	Remboursement des primes (RDP) à la résiliation ou à l'expiration (20 ans)
T10 – Base T10 – Enrichie	18 à 65 ans	n.d.	n.d.	n.d.
T20 – Base T20 – Enrichie	18 à 55 ans	n.d.	n.d.	n.d.
T75 – Base T75 – Enrichie	18 à 65 ans	18 à 54 ans	18 à 60 ans	18 à 55 ans
T75 – Enfant	30 jours à 17 ans	30 jours à 17 ans	30 jours à 17 ans	30 jours à 17 ans
T100 – Base T100 – Enrichie	18 à 65 ans	n.d.	n.d.	18 à 65 ans
T100 – Enfant	30 jours à 17 ans	n.d.	n.d.	30 jours à 17 ans
T100 libérée 20 ans – Base T100 libérée 20 ans – Enrichie	18 à 50 ans	n.d.	n.d.	18 à 50 ans
T100 libérée 20 ans – Enfant	30 jours à 17 ans	n.d.	n.d.	30 jours à 17 ans

5.1 Remboursement des primes au décès

Au décès de l'assuré, si aucune prestation en cas de maladie grave n'a été versée (à l'exception du paiement de la Prestation additionnelle), cet avenant permet au bénéficiaire de recevoir la somme de toutes les primes payées, incluant les primes payées pour les avenants de remboursement des primes à l'expiration ou de remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration (s'il y a lieu), de même que les surprimes et les frais de contrat*, et ce, sans intérêt. Les primes versées pour les autres garanties supplémentaires sont exclues.

S'il y a eu une diminution du montant d'assurance depuis l'émission ou la remise en vigueur de la garantie Assurance maladies graves, les primes payées sont calculées selon le montant d'assurance en vigueur au moment du décès.

5.2 Remboursement des primes à l'expiration

À la date d'anniversaire la plus rapprochée du 75^e anniversaire de l'assuré, si aucune prestation en cas de maladie grave n'a été versée (à l'exception du paiement de la Prestation additionnelle), cet avenant permet au bénéficiaire de recevoir la somme de toutes les primes payées, incluant les primes payées pour l'avenant de remboursement des primes au décès (s'il y a lieu), de même que les surprimes et les frais de contrat*, et ce, sans intérêt. Les primes versées pour les autres garanties supplémentaires sont exclues.

S'il y a eu une diminution du montant d'assurance depuis l'émission ou la remise en vigueur de la garantie Assurance maladies graves, les primes payées sont calculées selon le montant d'assurance en vigueur au moment de la demande de remboursement.

Le remboursement des primes à l'expiration met fin à la garantie d'Assurance maladies graves.

5.3 Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration (15 ou 20 ans)

Si aucune prestation en cas de maladie grave n'a été versée (à l'exception du paiement de la Prestation additionnelle), le propriétaire peut demander le remboursement des primes payées en fonction d'un pourcentage prédéterminé, incluant les primes payées pour l'avenant de remboursement des primes au décès (s'il y a lieu), de même que les surprimes et les frais de contrat*, et ce, sans intérêt. Les primes versées pour les autres garanties supplémentaires sont exclues.

S'il y a eu une diminution du montant d'assurance depuis l'émission ou la remise en vigueur de la garantie Assurance maladies graves, les primes payées sont calculées selon le montant d'assurance en vigueur au moment de la demande de remboursement.

Le remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration met fin à la garantie d'Assurance maladies graves.

5.3.1. Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration (15 ans)

Le remboursement des primes peut être demandé à compter de la date du 5^e anniversaire de la garantie selon les pourcentages suivants :

Anniversaire de la garantie	Pourcentage (%) de remboursement des primes
5 ^e	15 %
6 ^e	20 %
7 ^e	25 %
8 ^e	30 %
9 ^e	40 %
10 ^e	50 %
11 ^e	60 %
12 ^e	70 %
13 ^e	80 %
14 ^e	90 %
15 ^e et plus	100 %

5.3.2. Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration (20 ans)

Le remboursement des primes peut être demandé à compter de la date du 5^e anniversaire de la garantie selon les pourcentages suivants :

Anniversaire de la garantie	Pourcentage (%) de remboursement des primes
5 ^e	15 %
6 ^e	17,5 %
7 ^e	20 %
8 ^e	22,5 %
9 ^e	25 %
10 ^e	27,5 %
11 ^e	30 %
12 ^e	35 %
13 ^e	40 %
14 ^e	45 %
15 ^e	50 %
16 ^e	60 %
17 ^e	70 %
18 ^e	80 %
19 ^e	90 %
20 ^e et plus	100 %

* Les frais de contrats sont remboursés si au moment de la demande de remboursement des primes, la garantie en cas de maladie grave est la seule garantie principale du présent contrat et que l'assuré est la seule personne qui est assurée en vertu de ce contrat. De plus, si le contrat est émis à la suite d'une division de contrat, les frais de contrat seront remboursés uniquement à compter de la date à laquelle cette modification a été effectuée.

6. Garanties supplémentaires

6.1 Avenant Juvénile (AJ)

L'Avenant Juvénile offre une protection d'assurance maladies graves pour tous les enfants de l'assuré, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 21 ans (ou 25 ans si toujours aux études à temps plein). L'assuré doit être propriétaire du contrat pour souscrire cet avenant.

Montant d'assurance minimum : 5 000 \$

Une protection additionnelle peut être ajoutée, jusqu'à un maximum de 50 000 \$ par enfant. Le montant d'assurance doit être le même pour chacun des enfants sous un même contrat.

La Garantie d'assistance est incluse avec l'Avenant Juvénile.

Maladies graves couvertes

Les 15 maladies graves suivantes sont couvertes :

- cancer
- cécité
- défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste
- d'attente en vue d'une greffe
- diabète de type 1
- dystrophie musculaire
- fibrose kystique
- greffe d'un organe vital
- insuffisance rénale
- maladies congénitales sévères du cœur
- paralysie
- paralysie cérébrale
- surdité
- syndrome de Down
- trouble du spectre de l'autisme
- tumeur cérébrale bénigne

Prestation payable à la suite d'un diagnostic de maladie grave

Si l'assuré reçoit un diagnostic de maladie grave pendant que la présente garantie est en vigueur et survit à un tel diagnostic au moins 30 jours, la compagnie s'engage à payer au propriétaire le capital assuré. Une seule prestation est payable pour chaque enfant assuré en vertu de la garantie.

Garantie en cas de décès du parent propriétaire

L'avenant comporte une garantie d'exonération des primes à la suite du décès du propriétaire du contrat auquel cet avenant est ajouté.

Protection automatique des nouveau-nés

Cette garantie couvre automatiquement tous les enfants du propriétaire nés à la suite de l'entrée en vigueur de la garantie.

Aucune prime additionnelle n'est requise pour cette protection.

Limitation

Tout enfant né à l'intérieur des 10 mois après l'entrée en vigueur de l'Avenant Juvénile ne sera plus couvert en vertu de cette couverture s'il reçoit un diagnostic de maladie grave dans les 30 jours suivant sa naissance.

 ge d'adhésion

Cet avenant est offert si l'assuré est  g  de 18 à 65 ans.

Disponibilité

Cet avenant est offert aux enfants à charge de l'assuré âgés de 30 jours jusqu'à 17 ans au plus proche anniversaire de naissance (selon la date d'établissement du contrat).

Fin de la protection

La présente garantie prend fin pour un assuré à la première des dates suivantes :

- la date d'anniversaire de la garantie la plus rapprochée du 21^e anniversaire de naissance de l'assuré (ou de son 25^e anniversaire si l'assuré est toujours aux études à temps plein);
- la date à laquelle l'assuré, né dans les 10 mois suivant la date d'émission de la garantie, reçoit un diagnostic de maladie grave dans les 30 jours suivant sa naissance;
- la date à laquelle l'assuré de la présente garantie décède;
- la date à laquelle la prestation est versée après un diagnostic de maladie grave de l'assuré.

La présente garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- la date d'anniversaire du contrat la plus rapprochée de la date à laquelle tous les assurés ont atteint leur 21^e anniversaire de naissance (ou leur 25^e anniversaire de naissance si un ou plusieurs des assurés sont aux études à temps plein);
- la date à laquelle le propriétaire a demandé le paiement d'une prestation pour chaque assuré, après un diagnostic de maladie grave;
- la date de réception d'une demande écrite de résiliation par le propriétaire de la présente garantie ou la date stipulée dans une telle demande, si postérieure;
- la date à laquelle il n'y a plus aucun assuré en vertu de la présente garantie;
- la date de cessation de la garantie à laquelle est rattachée la présente garantie.

6.2 Exonération des primes (EP)

Si le propriétaire ou l'assuré devient totalement invalide durant une période ininterrompue de 4 ou 6 mois, selon le délai de carence sélectionné, les primes échues seront exonérées jusqu'à la fin de la période d'invalidité.

Définition de l'invalidité totale

Invalidité totale signifie un état continu d'incapacité du propriétaire ou de l'assuré, causé par une maladie ou une blessure, qui commence pendant que la garantie est en vigueur et qui est tel que :

- durant les 24 premiers mois de cet état, le propriétaire ou l'assuré ne peut exercer aucune des fonctions relatives à son occupation principale; et
- par la suite, tant que cet état subsiste, le propriétaire ou l'assuré ne peut exercer aucune occupation que son instruction, sa formation ou son expérience, acquises avant le début de l'invalidité totale ou ultérieurement, lui permettraient raisonnablement d'exercer.

	Âges d'adhésion	Taux de prime en pourcentage (%) de la prime totale	
		Homme	Femme
Exonération des primes 4 mois	18 à 55 ans	9,0 %	12,0 %
Exonération des primes 6 mois	18 à 55 ans	5,0 %	7,5 %

La garantie d'exonération des primes prend fin à l'anniversaire du contrat le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance du propriétaire ou de l'assuré.

6.3 Bénéfice en cas de fracture

Cette garantie permet à l'assuré, ayant subi une fracture ou un sectionnement à la suite d'un accident, de recevoir l'indemnité décrite au tableau suivant :

Fracture	Indemnité
Crâne, Colonne vertébrale, Bassin (os iliaque) et Fémur	5 000 \$
Sternum, Larynx, Trachée, Omoplate, Humérus, Radius, Cubitus, Rotule, Tibia et Péroné	1 500 \$
Os non énumérés ci-dessus	750 \$

Les indemnités sont doublées lorsque l'accident survient dans un transport en commun, un escalier mobile ou un ascenseur public, lors de l'incendie d'un édifice gouvernemental, d'un ouragan, d'un cyclone, ou lorsque l'assuré est frappé par la foudre.

La prime est de 45 \$ par année pour l'ajout de la garantie de bénéfice en cas de fracture.

La garantie de bénéfice en cas de fracture prend fin à l'anniversaire du contrat suivant le 70^e anniversaire de naissance de l'assuré.

7. Protections complémentaires

Il est possible de compléter, sous un seul contrat, la protection d'Assurance maladies graves avec les produits d'assurance vie traditionnelle ou vie universelle pour le même assuré ou sur tout assuré additionnel, et ce, sans frais additionnels.

8. Paiement des primes

Les primes peuvent être payées sur une base annuelle ou mensuelle par débit préautorisé (DPA). Si l'option mensuelle a été choisie, la prime mensuelle par débit préautorisé est calculée de la façon suivante :

Prime mensuelle = Prime annuelle X 0,09

9. Prestation payable à la suite d'un diagnostic d'une maladie grave couverte

Le montant forfaitaire souscrit en cas de maladie grave est versé libre d'impôt lorsque l'assuré est diagnostiqué d'une des maladies graves couvertes selon le type de protection choisi. L'assuré doit survivre pendant une période d'au moins trente (30) jours avant de percevoir la prestation. Pour certaines maladies, le versement de la prestation est sujet à certaines conditions ou à une période de survie différente. Cette période de survie court de façon conjointe avec toute période de qualification reliée à cette maladie grave, s'il y a lieu.

Le paiement de la prestation à la suite d'un diagnostic d'une maladie grave couverte met fin au contrat.

Limitations

- Cancer : une période d'exclusion de 90 jours s'applique suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur.
- Maladie de Parkinson et de syndrome parkinsonien atypique : une période d'exclusion de un an s'applique suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur.
- Méningite bactérienne : la condition doit provoquer des déficits neurologiques objectifs pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.
- Paralyse : la paralysie doit durer pour une période d'au moins 90 jours.
- Perte d'autonomie : la condition doit durer pour une période d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.
- Perte de la parole : la perte de la parole doit être démontrée pour une période continue d'au moins 180 jours.
- Sclérose en plaques : une période d'exclusion de un an s'applique suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur.
- Tumeur cérébrale bénigne : une période d'exclusion de 90 jours s'applique suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur.

Pour connaître la définition des maladies couvertes, veuillez vous référer à l'annexe située à la fin de ce document.

Exclusions générales

Aucune prestation n'est versée si la condition couverte résulte, directement ou indirectement, de l'une ou plusieurs des causes ou situations suivantes :

- a) de blessures que l'assuré s'est lui-même infligées, qu'il ait été conscient ou non de ses actes ;
- b) d'un acte criminel que l'assuré a commis ou tenté de commettre, par sa participation ou à la suite d'une provocation de sa part ;
- c) du service de l'assuré comme combattant ou non-combattant dans des forces armées engagées dans des opérations de surveillance, de pacification ou de guerre, que la guerre ait été déclarée ou non ;
- d) de la conduite d'un véhicule aérien, maritime ou terrestre par l'assuré, alors que son taux d'alcoolémie excédait la limite permise par la loi ou que l'assuré était sous l'influence de stupéfiants ;
- e) de l'alcoolisme ou abus d'alcool, de la toxicomanie, de l'usage d'hallucinogènes ou de drogues, de l'abus ou de la mauvaise utilisation de médicaments ;
- f) de guerres, de conflits dans lesquels des armes sont utilisées, d'émeutes, d'insurrections ou de mouvements populaires, que l'assuré y ait participé activement ou non ;
- g) si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de cancer ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic éventuel de cancer, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de cancer posé ultérieurement ;
- h) si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de tumeur cérébrale bénigne posé ultérieurement ;
- i) si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique ou qu'il commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique, aucune prestation ne sera payée pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique posé ultérieurement ;
- j) si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de sclérose en plaques ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic de sclérose en plaques, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de sclérose en plaques posé ultérieurement.

Fin de la protection

La protection d'Assurance maladies graves prend fin à la première des éventualités suivantes :

- au 10^e (T10) ou au 20^e (T20) anniversaire du contrat si la garantie n'est pas renouvelée ;
- à l'âge de 75 ans ou 100 ans de l'assuré, selon le régime sélectionné ;
- à la date à laquelle une prestation à la suite d'un diagnostic d'une maladie grave couverte est versée ;
- à la date à laquelle le propriétaire exerce l'option de remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration, s'il y a lieu ;
- à la date à laquelle l'assuré décède ;
- à la date de demande de résiliation ou à l'expiration du contrat.

10. Annexes

10.1 Définitions des maladies graves couvertes sous les protections de base et enrichie

Accident vasculaire cérébral (ayant causé des déficits neurologiques graves)

Mort de tissu cérébral résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin ou d'une hémorragie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique.

Les nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique. Les déficits neurologiques doivent persister de manière continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic.

Les déficits neurologiques doivent être observables et mesurables par un spécialiste, par exemple : faiblesse mesurable d'un membre, troubles de l'élocution et changements mesurables des facultés cognitives. Le mal de tête et la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «accident vasculaire cérébral» dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire ;
- lésions des vaisseaux sanguins intracérébraux causées par un traumatisme ;
- troubles des vaisseaux sanguins de l'oreille interne ; ou
- mort du nerf optique ou de la rétine, sauf en cas de perte totale de la vue de l'œil en cause.

Précisions

Un accident vasculaire cérébral se produit lorsque la quantité de sang acheminée au cerveau est réduite de façon significative, causant des séquelles neurologiques. Les séquelles doivent être présentes au moins 30 jours après l'accident.

Anémie aplastique

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

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

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

Précisions

L'anémie aplasique est une maladie qui survient lorsque la moelle osseuse n'est plus capable de produire des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes.

Brûlures graves

Le diagnostic formel de brûlures au troisième degré ou de toute l'épaisseur cutanée affectant au moins 18 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Les brûlures au troisième (3^e) degré représentent le type le plus sérieux de brûlures. Les brûlures doivent recouvrir au moins 18 % de la surface du corps afin d'être considérées éligibles.

Cancer

La prolifération anarchique de cellules malignes accompagnée d'une invasion des tissus sains, confirmée par un rapport histopathologique.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste, et confirmé par un rapport histopathologique.

Exclusions relatives au cancer

Bien que la plupart des cancers soient couverts par cette police, les cancers en stade précoce suivants ne le sont pas :

- mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, qui n'est pas ulcéré ou qui ne s'est pas propagé aux nœuds lymphatiques ou à d'autres organes;
- cancer de la peau, autre que le mélanome malin, qui est limité à la peau (derme, épiderme). Cela inclut le lymphome limité à la peau;
- cancer de la prostate, sauf s'il est classé T2 ou plus élevé selon la classification de l'AJCC et/ou s'il présente un score de Gleason 7 ou plus élevé;
- cancer de la thyroïde, sauf s'il est classé T2 ou plus élevé selon la classification de l'AJCC, ou s'il s'est propagé aux nœuds lymphatiques ou à d'autres organes;
- leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocrines au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- cancers décrits comme des carcinomes in situ, Tis ou Ta;
- toute tumeur neuroendocrine de l'hypophyse (PitNET), sauf si l'assuré a subi une intervention chirurgicale, une radiothérapie ou une embolisation, ou si la PitNET a provoqué de nouveaux déficits neurologiques irréversibles observables à l'examen clinique. Les nouveaux déficits neurologiques doivent être observables et mesurables par un spécialiste et confirmés par des tests d'imagerie diagnostique. Le mal de tête, la fatigue ou les déséquilibres hormonaux causés par la tumeur ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Les tumeurs (néoplasmes) dites à potentiel de malignité non assuré, à la limite de la malignité, ou qui ne sont pas classées comme des cancers (malins) ne sont pas couvertes au titre de la définition du terme «cancer». La classification est basée sur la plus récente classification des tumeurs de l'OMS, aussi appelée CIM-O (Classification internationale des maladies pour l'oncologie), publiée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

La stadification ou classification est basée sur le plus récent (à la date du diagnostic) manuel de stadification pronostique de l'American Joint Committee on Cancer (*AJCC Prognostic Staging Guide*) ou sur le système de stadification de Rai.

Période d'exclusion de 90 jours

si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de cancer ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic éventuel de cancer, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de cancer posé ultérieurement.

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Précisions

Un cancer est la croissance de cellules anormales détruisant les cellules en bonne santé. Certains cancers sont moins sérieux et ne sont pas considérés comme mettant la vie en danger, toujours selon les définitions d'un produit de maladies graves. Ces cancers exclus sont énumérés plus haut. Si un cancer faisant partie des exclusions n'est pas guéri, progresse, puis est diagnostiqué par la suite comme faisant partie d'une classe de cancers couverts, la prestation en cas de maladie grave devient alors payable.

Cécité

Le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Précisions

La couverture de cette maladie vise à couvrir les situations où un assuré perd la presque totalité de l'usage de ses yeux.

Chirurgie de l'aorte

Une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » en cas :

- d'angioplastie ;
- de remplacement d'une valve cardiaque ;
- d'intervention chirurgicale intra-artérielle ;
- d'intervention transcathéter percutanée ; ou
- d'intervention non chirurgicale.

Précisions

L'aorte thoracique ou abdominale (l'artère et non les branches) doit faire objet d'un remplacement par intervention chirurgicale.

Coma

Un diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 72 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer six ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « coma » dans les cas suivants :

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

Précisions

Une personne peut être dans un coma pour une courte période de temps et ne subir aucune séquelle. C'est pourquoi il est spécifié que le coma doit durer au moins 72 heures et doit nécessiter l'utilisation d'un système de support vital.

Crise cardiaque grave (infarctus aigu du myocarde)

Le diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une obstruction de la circulation sanguine, qui entraîne : Des symptômes de crise cardiaque, accompagnés d'une augmentation et d'une chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, avec au moins une des manifestations suivantes :

- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant un infarctus aigu du myocarde ;
- résultats récents de tests d'imagerie diagnostique indiquant un infarctus aigu du myocarde ;
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG après une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, mais sans s'y limiter, une coronarographie et/ou une angioplastie coronarienne.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque grave » si :

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

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

Précisions

Lorsqu'une crise cardiaque survient, une partie du muscle cardiaque meurt parce que le sang ne se rend plus au cœur. Afin de confirmer le diagnostic d'une crise cardiaque, l'électrocardiographie doit être revue afin de voir les dommages cardiaques récents et relatifs à cet épisode cardiaque ou encore les résultats d'imagerie médicale.

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

Le diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme «défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe», l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de l'assuré dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Les protections en cas de «greffe d'un organe vital» et de «défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe» reflètent deux (2) situations distinctes. La dernière s'adresse à l'assuré qui est enregistré sur une liste d'attente pour une greffe.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

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

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

L'assuré doit présenter :

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

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « démence » pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Aux fins de la police, la référence à un miniexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatry Res. 1975;12(3):189.

Précisions

Cette condition est difficile à diagnostiquer. La définition est donc spécifiquement liée au comportement et aux symptômes constatés et confirmés par un spécialiste du domaine.

Greffe d'un organe vital

L'intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme «greffe d'un organe vital», l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Chacun des organes mentionnés plus haut peut être malade au point de nécessiter une greffe.

Infection au VIH contractée au travail

Le diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de la définition du terme «infection au VIH contractée au travail» ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- a) la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure ;
- b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif ;
- c) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif ;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis ; et
- e) la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

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

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «infection au VIH contractée au travail» dans les cas suivants :

- l'assuré a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH ;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle ; ou
- l'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Précisions

Les conditions énumérées plus haut doivent être respectées afin que l'infection soit considérée comme une infection en milieu de travail.

Insuffisance rénale

Un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux (2) reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Lorsque les deux (2) reins ne fonctionnent plus et que l'assuré doit recourir à un traitement par dialyse de façon régulière ou subir une transplantation, la prestation est payable (sujet aux exclusions applicables).

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

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

Syndrome parkinsonien atypique : diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

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

Période d'exclusion d'un an

Si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique ou qu'il commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique, aucune prestation ne sera payée pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique posé ultérieurement.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques» pour tout autre type de parkinsonisme.

Précisions

Un spécialiste dans ce domaine doit diagnostiquer la maladie due aux difficultés liées au diagnostic de cette condition spécifique.

Maladie du motoneurone

Un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Les maladies du motoneurone sont des maladies dégénératives des cellules nerveuses qui contrôlent les mouvements des muscles squelettiques. Dans certains cas, l'assuré a de la difficulté à parler et à avaler. Cependant, les fonctions intellectuelles demeurent intactes.

Méningite bactérienne

Un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence desdites bactéries doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique généralement accepté par la communauté médicale. La méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Les déficits neurologiques doivent être observables et mesurables par un spécialiste; ils peuvent se présenter notamment sous forme de faiblesse mesurable d'un membre, de troubles de l'élocution et de changements mesurables des facultés cognitives. Le mal de tête et la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «méningite bactérienne» dans le cas d'une méningite virale.

Précisions

La méningite bactérienne est une infection du cerveau, causée par une bactérie, qui entraîne des déficits neurologiques. Ces déficits doivent être présents pendant au moins 90 jours et être confirmés par un neurologue.

Paralysie

Le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Une prestation est payée lorsque l'assuré ne peut bouger volontairement au moins deux (2) membres, cette condition persistant pour au moins 90 jours.

Perte d'autonomie

Un diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même (sans aide), avec ou sans accessoires fonctionnels :

- au moins 2 des 5 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous ;
- sur une période continue d'au moins 90 jours ;
- et sans espoir raisonnable de rétablissement.

Le diagnostic doit être posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un spécialiste exerçant une profession équivalente.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- **se laver** : se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette ;
- **se vêtir** : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux ; assurer ses soins d'hygiène personnelle, des ongles et de la bouche ;
- **être continent** : gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle ;
- **se déplacer** : se lever à partir de la position assise, se coucher, sortir du lit, marcher de manière autonome d'un endroit à l'autre, s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et assurer son hygiène personnelle ;
- **se nourrir** : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « perte d'autonomie » si une telle perte résulte d'une affection pour laquelle la prestation d'assurance maladies graves a été refusée en raison de l'exclusion de 90 jours ou d'un an.

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de l'usage de la parole

Le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique.

Précisions

Une perte de la parole temporaire est plus commune qu'une perte permanente de la parole et peut être due à un simple mal de gorge. C'est pour cette raison qu'un nombre de jours est spécifié dans la définition.

Perte de membres

Le diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Précisions

La séparation doit entraîner la perte irréversible de membres.

Pontage aortocoronarien

L'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. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «pontage aortocoronarien» en cas :

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

Précisions

Si une ou plusieurs artères allant au cœur sont bloquées, une chirurgie peut être pratiquée afin d'outrepasser le blocage en substituant une veine ou une artère d'une autre partie du corps. Ce type de chirurgie est majeur et entraîne une longue période de convalescence.

Remplacement ou réparation d'une valve cardiaque

L'intervention chirurgicale visant à remplacer une valve cardiaque par une valve naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «remplacement ou réparation d'une valve cardiaque» en cas :

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

Précisions

La valve atteinte doit faire l'objet d'un remplacement ou d'une réparation par intervention chirurgicale.

Sclérose en plaques

Le diagnostic de sclérose en plaques telle que définie par les critères diagnostiques consensuels de la sclérose en plaques en vigueur au Canada au moment du diagnostic. Le diagnostic doit être posé par un neurologue.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «sclérose en plaques» dans les cas suivants :

- sclérose solitaire;
- syndrome clinique isolé;
- syndrome radiologique isolé; ou
- sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

Période d'exclusion d'un an

Si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de sclérose en plaques ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic de sclérose en plaques, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de sclérose en plaques posé ultérieurement.

Précisions

La sclérose en plaques est une maladie progressive attaquant le système nerveux. Cette condition est difficile à diagnostiquer dans ses premiers stades et les symptômes peuvent parfois n'être présents que pendant une courte durée. Afin d'augmenter les chances d'un diagnostic fiable, le diagnostic doit donc être posé par un spécialiste de la neurologie, soit le neurologue.

Surdité

Le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Précisions

La surdité temporaire est plus commune que la surdité permanente et peut survenir après une blessure ou un accident. Afin d'offrir une couverture pour la perte permanente de l'ouïe dans les deux (2) oreilles, nous devons spécifier le niveau de surdité acceptable.

Tumeur cérébrale bénigne

Le diagnostic formel d'une tumeur non maligne prenant naissance dans la voûte crânienne à partir du cerveau, des méninges ou des nerfs crâniens. L'assuré doit avoir subi une intervention chirurgicale, une radiothérapie ou une embolisation, ou la tumeur doit avoir provoqué de nouveaux déficits neurologiques irréversibles observables lors d'un examen clinique.

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être observables et mesurables par un spécialiste et confirmés par des tests d'imagerie diagnostique. Les déficits neurologiques doivent persister de manière continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Le mal de tête, la fatigue ou les déséquilibres hormonaux causés par la tumeur ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

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

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «tumeur cérébrale bénigne» pour des :

- malformations vasculaires ;
- cholestéatomes ; ou
- tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

Période d'exclusion de 90 jours

Si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de tumeur cérébrale bénigne posé ultérieurement.

Précisions

Une tumeur cérébrale bénigne est une tumeur non cancéreuse qui doit être confirmée par des tests diagnostics et par un spécialiste.

10.2 Définitions de quatre maladies graves additionnelles couvertes sous la protection pour enfant

Diabète de type 1

Le diagnostic du diabète de Type 1, caractérisé par une déficience absolue de sécrétion d'insuline et une dépendance continue à l'insuline injectable pour la survie. Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste. Le diagnostic de diabète de Type 1 doit être confirmé par un spécialiste avant le vingt-cinquième (25^e) anniversaire de naissance.

Précisions

Le diabète de Type 1 est attribuable à une insuffisance de la sécrétion d'insuline par le pancréas, qui entraîne une dépendance quotidienne à des injections d'insuline pour survivre.

Dystrophie musculaire

Le diagnostic définitif de dystrophie musculaire avec les symptômes et déficits associés à la condition, confirmé par un médecin spécialisé dans l'évaluation et les suivis de la dystrophie musculaire. Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être confirmé par un spécialiste avant le vingt-cinquième (25^e) anniversaire de naissance.

Précisions

Trouble de la fonction de groupes musculaires aboutissant à des modifications motrices anatomiques.

Fibrose kystique

Le diagnostic définitif de fibrose kystique mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. Le diagnostic de fibrose kystique doit être confirmé par un médecin spécialiste. Le diagnostic de fibrose kystique doit être confirmé par un spécialiste avant le vingt-cinquième (25^e) anniversaire de naissance.

Précisions

Maladie héréditaire qui amène une insuffisance respiratoire progressive, de même que possiblement une insuffisance hépatique.

Trouble du spectre de l'autisme

Le diagnostic définitif du trouble du spectre de l'autisme selon les critères établis dans le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux 5^e édition) ou la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies Onzième Révision de l'Organisation mondiale de la Santé). Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste avant le 4^e anniversaire de naissance.

Exclusion

Toute réclamation pour un diagnostic après le 4^e anniversaire de l'assuré ne sera pas couverte.

Précisions

L'autisme implique un détachement de la réalité, comportant la perte des échanges avec le monde extérieur et la prédominance d'un monde intérieur imaginaire propre au sujet.

10.3 Définitions des huit conditions médicales couvertes par la garantie Prestation additionnelle

Angioplastie coronarienne

Une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Précisions

L'angioplastie coronarienne consiste à élargir une artère coronaire au moyen d'un ballon. Un cathéter à extrémité gonflable est inséré dans une artère (habituellement dans l'aîne) et dirigé jusqu'au blocage ou rétrécissement, où l'on gonfle le ballon. Le rétablissement est rapide (environ 1 jour) et les risques de crise cardiaque ou de pontage coronarien d'urgence consécutifs à l'intervention sont faibles. Près de 50 % des patients atteints de coronaropathie sont traités de cette façon. Le nom médical de cette intervention est ACTP (angioplastie coronarienne transluminale percutanée).

Cancers couverts par la garantie Prestation additionnelle

Le diagnostic d'un des cancers suivants doit être posé par un spécialiste, et confirmé par un rapport histopathologique.

- cancer du sein classé comme in-situ ;
- mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm qui n'est pas ulcéré et/ou qui ne s'est pas propagé aux nœuds lymphatiques ou à d'autres organes ;
- cancer de la prostate, classé T1 selon la classification de l'AJCC et s'il présente un score de Gleason 6 ou moins ;
- cancer de la thyroïde, classé T1 selon la classification de l'AJCC et s'il ne s'est pas propagé aux nœuds lymphatiques ou à d'autres organes ;
- leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai ;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC ;
- tumeurs neuroendocrines au stade 1 selon la classification de l'AJCC ;

Les tumeurs (néoplasmes) dites à potentiel de malignité non assuré, à la limite de la malignité, ou qui ne sont pas classées comme des cancers (malins) ne sont pas couvertes au titre de la présente définition. La classification est basée sur la plus récente classification des tumeurs de l'OMS, aussi appelée CIM-O (Classification internationale des maladies pour l'oncologie), publiée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

La stadification ou classification est basée sur le plus récent (à la date du diagnostic) manuel de stadification pronostique de l'American Joint Committee on Cancer (*AJCC Prognostic Staging Guide*) ou sur le système de classification de Rai.

Période d'exclusion de 90 jours : si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur l'assuré reçoit un diagnostic de cancer ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic éventuel de cancer, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de cancer posé ultérieurement.

10.4 Définitions des maladies graves couvertes par la garantie Avenant juvénile

Cancer

Prolifération anarchique de cellules malignes accompagnée d'une invasion des tissus sains, confirmée par un rapport histopathologique.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste, et confirmé par un rapport histopathologique.

Exclusions relatives au cancer

Bien que la plupart des cancers soient couverts par cette police, les cancers en stade précoce suivants ne le sont pas :

- mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, qui n'est pas ulcéré ou qui ne s'est pas propagé aux nœuds lymphatiques ou à d'autres organes ;
- cancer de la peau, autre que le mélanome malin, qui est limité à la peau (derme, épiderme). Cela inclut le lymphome limité à la peau ;
- cancer de la prostate, sauf s'il est classé T2 ou plus élevé selon la classification de l'AJCC et/ou s'il présente un score de Gleason 7 ou plus élevé ;
- cancer de la thyroïde, sauf s'il est classé T2 ou plus élevé selon la classification de l'AJCC, ou s'il s'est propagé aux nœuds lymphatiques ou à d'autres organes ;
- leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai ;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC ;
- tumeurs neuroendocrines au stade 1 selon la classification de l'AJCC ;
- cancers décrits comme des carcinomes in situ, Tis ou Ta ;
- toute tumeur neuroendocrine de l'hypophyse (PitNET), sauf si l'assuré a subi une intervention chirurgicale, une radiothérapie ou une embolisation, ou si la PitNET a provoqué de nouveaux déficits neurologiques irréversibles observables à l'examen clinique. Les nouveaux déficits neurologiques doivent être observables et mesurables par un spécialiste et confirmés par des tests d'imagerie diagnostique. Le mal de tête, la fatigue ou les déséquilibres hormonaux causés par la tumeur ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Les tumeurs (néoplasmes) dites à potentiel de malignité non assuré, à la limite de la malignité, ou qui ne sont pas classées comme des cancers (malins) ne sont pas couvertes au titre de la définition du terme « cancer ». La classification est basée sur la plus récente classification des tumeurs de l'OMS, aussi appelée CIM-O (Classification internationale des maladies pour l'oncologie), publiée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

La stadification ou classification est basée sur le plus récent (à la date du diagnostic) manuel de stadification pronostique de l'American Joint Committee on Cancer (*AJCC Prognostic Staging Guide*) ou sur le système de stadification de Rai.

Période d'exclusion de 90 jours

Si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de cancer ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic éventuel de cancer, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de cancer posé ultérieurement.

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Précisions

Un cancer est la croissance de cellules anormales détruisant les cellules en bonne santé. Certains cancers sont moins sérieux et ne sont pas considérés comme mettant la vie en danger, toujours selon les définitions d'un produit de maladies graves. Ces cancers exclus sont énumérés plus haut. Si un cancer faisant partie des exclusions n'est pas guéri, progresse, puis est diagnostiqué par la suite comme faisant partie d'une classe de cancers couverts, la prestation en cas de maladie grave devient alors payable.

Cécité

Le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Précisions

La couverture de cette maladie vise à couvrir les situations où un assuré perd la presque totalité de l'usage de ses yeux.

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

Le diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme «défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe», l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de l'assuré dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Les protections en cas de «greffe d'un organe vital» et de «défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe » reflètent deux (2) situations distinctes. La dernière s'adresse à l'assuré qui est enregistré sur une liste d'attente pour greffe.

Diabète de type 1

Le diagnostic du diabète de Type 1, caractérisé par une déficience absolue de sécrétion d'insuline et une dépendance continue à l'insuline injectable pour la survie. Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste.

Précisions

Le diabète de Type 1 est attribuable à une insuffisance de la sécrétion d'insuline par le pancréas, qui entraîne une dépendance quotidienne à des injections d'insuline pour survivre.

Dystrophie musculaire

Un diagnostic définitif de dystrophie musculaire avec les symptômes et déficits associés à la condition, confirmé par un médecin spécialisé dans l'évaluation et les suivis de la dystrophie musculaire.

Précisions

Trouble de la fonction de groupes musculaires aboutissant à des modifications motrices anatomiques.

Fibrose kystique

Un diagnostic définitif de fibrose kystique mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. Le diagnostic de fibrose kystique doit être confirmé par un médecin spécialiste.

Précisions

Maladie héréditaire qui amène une insuffisance respiratoire progressive, de même que possiblement une insuffisance hépatique.

Greffe d'un organe vital

Une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme «greffe d'un organe vital», l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Chacun des organes mentionnés plus haut peut être malade au point de nécessiter une greffe.

Insuffisance rénale

Un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Lorsque les deux (2) reins ne fonctionnent plus et que l'assuré doit recourir à un traitement par dialyse de façon régulière ou subir une transplantation, la prestation est payable (sujet aux exclusions applicables).

Maladies congénitales sévères du cœur

- a) Le diagnostic d'une des maladies congénitales sévères du cœur suivantes posé par un cardiologue et supporté par l'imagerie cardiaque appropriée : atrésie d'une valve cardiaque ; coarctation de l'aorte ; hypoplasie cœur gauche ; hypoplasie ventricule droit ; maladie d'Ebstein ; retour veineux anormal ; syndrome d'Eisenmenger ; tétralogie de Fallot ; transposition des gros vaisseaux ; tronc artériel commun ; ventricule à double voie d'entrée ; ventricule gauche à double issue ; ventricule unique.
- b) Les maladies congénitales du cœur sévères suivantes sont couvertes uniquement si une chirurgie à cœur ouvert est effectuée pour corriger la condition : communication inter auriculaire ; communication inter ventriculaire ; sténose aortique ; sténose pulmonaire ; sténose subvalvulaire aortique légère.

Précisions

Ces anomalies peuvent être uniques ou multiples et peuvent en tout temps provoquer une détérioration importante du système pulmonaire ou cardiovasculaire.

Paralysie

Le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Précisions

Une prestation est payée lorsque l'assuré ne peut bouger volontairement au moins deux (2) membres, cette condition persistant pour au moins 90 jours.

Paralysie cérébrale

Un diagnostic définitif de paralysie cérébrale, caractérisé par des spasmes et une incoordination des mouvements. Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être confirmé par un médecin spécialiste.

Précisions

Présence de troubles neuromoteurs chroniques.

Surdité

Le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Précisions

La surdité temporaire est plus commune que la surdité permanente et peut survenir après une blessure ou un accident. Afin d'offrir une couverture pour la perte permanente de l'ouïe dans les deux (2) oreilles, nous devons spécifier le niveau de surdité acceptable.

Syndrome de Down

Un diagnostic définitif du syndrome de Down, confirmé par un médecin spécialisé dans l'évaluation et les suivis du syndrome de Down.

Précisions

Anomalie génétique due à la présence dans une paire chromosomique d'un chromosome surnuméraire.

Trouble du spectre de l'autisme

Un diagnostic définitif du trouble du spectre de l'autisme selon les critères établis dans le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux 5^e édition) ou la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies Onzième Révision de l'Organisation mondiale de la Santé). Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste avant le 4^e anniversaire de naissance.

Précisions

L'autisme implique un détachement de la réalité, comportant la perte des échanges avec le monde extérieur et la prédominance d'un monde intérieur imaginaire propre au sujet.

Tumeur cérébrale bénigne

Le diagnostic formel d'une tumeur non maligne prenant naissance dans la voûte crânienne à partir du cerveau, des méninges ou des nerfs crâniens. L'assuré doit avoir subi une intervention chirurgicale, une radiothérapie ou une embolisation, ou la tumeur doit avoir provoqué de nouveaux déficits neurologiques irréversibles observables lors d'un examen clinique. Les nouveaux déficits neurologiques doivent être observables et mesurables par un spécialiste et confirmés par des tests d'imagerie diagnostique. Les déficits neurologiques doivent persister de manière continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Le mal de tête, la fatigue ou les déséquilibres hormonaux causés par la tumeur ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

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

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «tumeur cérébrale bénigne» pour des :

- malformations vasculaires ;
- cholestéatomes ; ou
- tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

Période d'exclusion de 90 jours

Si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur, l'assuré reçoit un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne ou commence à présenter des signes ou des symptômes conduisant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, aucune prestation ne sera payable pour ce diagnostic ni aucun diagnostic de tumeur cérébrale bénigne posé ultérieurement.

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

Précisions

Une tumeur cérébrale bénigne est une tumeur non cancéreuse qui doit être confirmée par des tests diagnostics et par un spécialiste.

À propos de Beneva

En 2020, La Capitale et SSQ Assurance, deux entreprises aux racines mutualistes en parfaite santé financière, ont annoncé qu'elles se regroupaient pour devenir Beneva.

Pour en savoir plus, consultez beneva.ca.

beneva

Le présent document est destiné à fournir une description sommaire d'un produit d'assurance offert par Beneva inc. Il ne vise pas à décrire l'ensemble des dispositions, exclusions et limitations applicables à une garantie ou à une police d'assurance particulière. Pour une description complète des dispositions, exclusions et limitations, veuillez vous référer au contrat.

Les assurances de personnes sont souscrites par Beneva inc. et distribuées par Conseils financiers Beneva, cabinet de services financiers et ses partenaires autorisés.
© Beneva inc. 2025^{MD} Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.