ASSURANCES
VIE ET SANTÉ

Guide des protections en cas de maladie grave



beneva

Table des matières

Guide des protections en cas de maladie grave 1
Maladies couvertes selon la protection choisie 2
Conditions et périodes pouvant s'appliquer à certaines maladies 3
- Période de survie 3
- Période de manifestation des symptômes 4
- Période d'exclusion 4
- Périodes applicables à chaque maladie 5

Comprendre les maladies couvertes 6
- Accident vasculaire cérébral (ayant causé des déficits neurologiques graves) 6
- Anémie aplastique 7
- Angioplastie coronarienne (inclus dans la prestation additionnelle) 7
- Brûlures graves 7
- Cancer 8
- Cancer (inclus dans la prestation additionnelle) 9
- Cécité 9
- Chirurgie de l'aorte 10
- Coma 10
- Crise cardiaque grave (infarctus aigu du myocarde) 10
- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe 11
- Démence, y compris maladie d'Alzheimer 11
- Diabète de type 1 12
- Dystrophie musculaire 12
- Fibrose kystique 12
- Greffe d'un organe vital 13
- Infection au VIH contractée au travail 13
- Insuffisance rénale 14
- Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques 14
- Maladie du motoneurone 14
- Maladies congénitales sévères du cœur 15
- Méningite bactérienne 15
- Paralysie 16
- Paralysie cérébrale 16
- Perte d'autonomie 16
- Perte de l'usage de la parole 17
- Perte de membres 17
- Pontage aortocoronarien 17
- Remplacement ou réparation d'une valve cardiaque 18
- Sclérose en plaques 18
- Surdité 19
- Syndrome de Down 19
- Traumatisme crânien sévère 19
- Trouble du spectre de l'autisme 19
- Tumeur cérébrale bénigne 20

Guide des protections en cas de maladie grave

Comprendre une protection en cas de maladie grave n'est pas toujours simple. Ce guide présente les différentes protections offertes, les maladies couvertes et les différentes périodes prévues à certaines garanties, notamment les périodes de survie, de manifestation des symptômes et d'exclusion.

Vous y trouverez un résumé des définitions et des renseignements utiles pour mieux comprendre votre protection.

Chaque réclamation est évaluée selon les conditions prévues au contrat en vigueur au moment de l'événement. C'est l'assureur qui détermine l'admissibilité à une prestation en fonction des critères prévus au contrat.

Ce guide est fourni à titre informatif seulement. En cas de divergence, les dispositions du contrat d'assurance prévalent.

Maladies couvertes selon la protection choisie

Le tableau suivant vous permet de comparer les protections offertes et les maladies qu'elles couvrent.

Légende
● : incluse — : non incluse

Liste des maladies couvertes	Base (4)	Enrichie (26)	Enfants (30)	Avenant d'assurance maladies graves pour enfants* (15)	Avenant en cas de maladie grave** (4)	Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle*** (8)
Accident vasculaire cérébral (ayant causé des déficits neurologiques graves)	●	●	●	—	●	—
Anémie aplastique	—	●	●	—	—	—
Brûlures graves	—	●	●	—	—	—
Cancer	●	●	●	●	●	●
Cécité	—	●	●	●	—	●
Chirurgie de l'aorte	—	●	●	—	—	—
Coma	—	●	●	—	—	—
Crise cardiaque grave (infarctus aigu du myocarde)	●	●	●	—	●	—
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	—	●	●	●	—	—
Démence, y compris maladie d'Alzheimer	—	●	●	—	—	—
Diabète de type 1	—	—	●	●	—	—
Dystrophie musculaire	—	—	●	●	—	●
Fibrose kystique	—	—	●	●	—	—
Greffe d'un organe vital	—	●	●	●	—	●
Infection au VIH contractée au travail	—	●	●	—	—	—
Insuffisance rénale	—	●	●	●	—	●
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	—	●	●	—	—	—
Maladie du motoneurone	—	●	●	—	—	—
Maladies congénitales sévères du cœur	—	—	—	●	—	—
Méningite bactérienne	—	●	●	—	—	—
Paralysie	—	●	●	●	—	●
Paralysie cérébrale	—	—	—	●	—	—
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	—	●	●	●	—	●
Syndrome de Down	—	—	—	●	—	—
Traumatisme crânien sévère	—	●	●	—	—	—
Trouble du spectre de l'autisme	—	—	●	●	—	●
Tumeur cérébrale bénigne	—	●	●	●	—	—

* Offert avec les protections Maladies graves de base et enrichie ainsi qu'avec un produit d'assurance vie permanente, temporaire et universelle | ** Offert avec un produit d'assurance vie permanente, temporaire et universelle
*** Inclus sans frais additionnels avec un produit d'assurance vie universelle pour enfant.

Liste des maladies couvertes	Base (4)	Enrichie (26)	Enfants (30)	Avenant d'assurance maladies graves pour enfants* (15)	Avenant en cas de maladie grave** (4)	Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle*** (8)
Conditions médicales couvertes par la prestation additionnelle (15 % du capital assuré, maximum 50 000 $)						
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	—	●	●	—	—	—
Angioplastie coronarienne	—	●	●	—	—	—

* Offert avec les protections Maladies graves de base et enrichie ainsi qu'avec un produit d'assurance vie permanente, temporaire et universelle | ** Offert avec un produit d'assurance vie permanente, temporaire et universelle
*** Inclus sans frais additionnels avec un produit d'assurance vie universelle pour enfant.

Conditions et périodes pouvant s'appliquer à certaines maladies

Pour certaines maladies couvertes, un diagnostic ou une intervention chirurgicale ne suffit pas toujours à lui seul pour avoir droit à une prestation. Des conditions ou des délais supplémentaires **peuvent devoir être respectés avant qu'une prestation soit versée**.

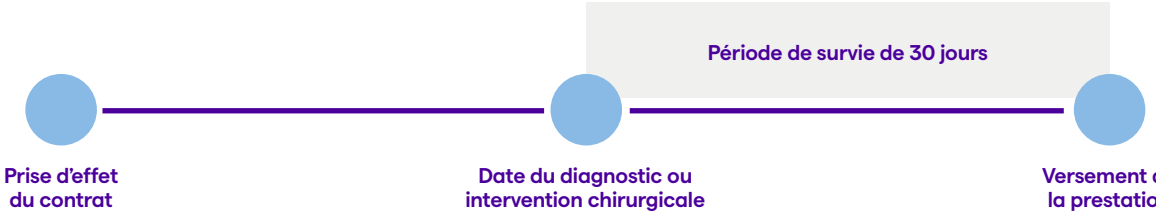
Les sections suivantes présentent les principales périodes prévues, notamment les périodes de survie, de manifestation des symptômes et d'exclusion, et expliquent leur incidence sur l'admissibilité aux prestations.

Période de survie

La période de survie signifie la période qui débute à la date du diagnostic ou à la date de l'intervention chirurgicale de la condition couverte. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau.

Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que la personne assurée est sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardée en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

La période de survie s'applique à certaines conditions couvertes par la garantie. Lorsqu'aucune période de survie n'est applicable à une condition couverte, la personne assurée doit être en vie à la date du diagnostic.

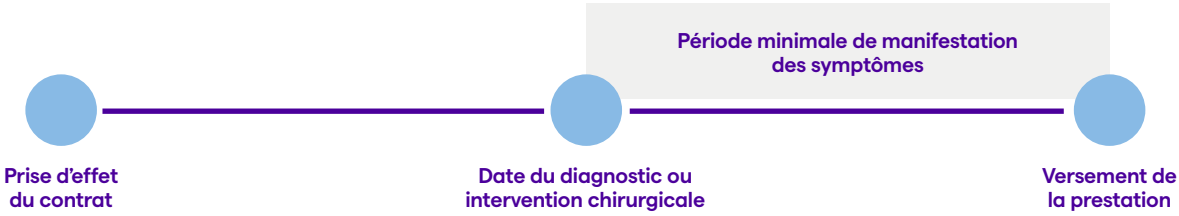


Période de manifestation des symptômes

Pour certaines maladies couvertes, la personne assurée doit présenter des symptômes, des déficits neurologiques, une perte de fonctions ou répondre à certains critères pendant une période minimale avant qu'une prestation puisse être payable.

La date de début de cette période varie selon la maladie et peut correspondre à la date du diagnostic, à la survenance de l'événement déclencheur, à la perte de fonctions ou au moment où les critères prévus au contrat sont satisfaits.

La prestation n'est payable que si les conditions requises sont maintenues pendant toute la période de manifestation des symptômes applicable.



Période d'exclusion

Pour avoir droit à une prestation pour certaines maladies, votre assurance maladies graves doit être en vigueur pendant une période déterminée suivant la date de prise d'effet ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur. Cette période est appelée période d'exclusion.

Aucune prestation ne sera versée si, avant la fin de cette période :

- vous présentez les premiers symptômes ou signes de la maladie, et ce, peu importe la date du diagnostic ;
- vous faites l'objet d'examens ou d'investigations qui conduisent au diagnostic de la maladie, peu importe le moment du diagnostic ;
- la maladie est diagnostiquée.

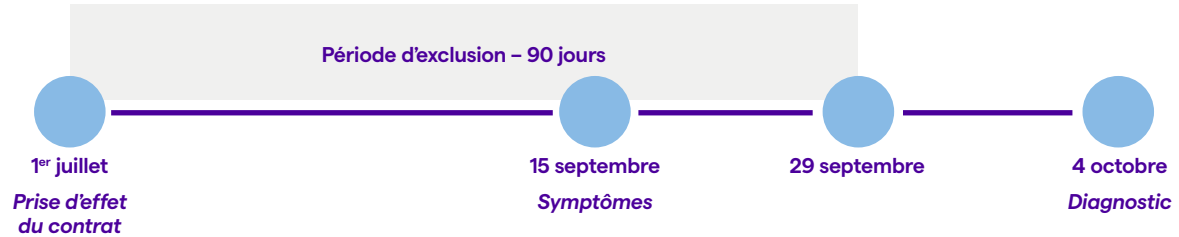
La protection s'applique uniquement si aucun de ces événements ne survient pendant la période d'exclusion.

Exemple de période d'exclusion :

*Vous avez souscrit une assurance **Maladies graves enrichie**, avec une date de prise d'effet du **1er juillet**. Le **15 septembre**, vous remarquez l'apparition d'une nouvelle toux persistante ainsi qu'une perte de poids involontaire. Vous consultez votre médecin dans les jours suivants afin d'en déterminer la cause.*

*Le **4 octobre**, soit **95 jours après la date de prise d'effet de votre contrat**, un diagnostic de **cancer du poumon de stade 1** est confirmé.*

Même si le diagnostic est posé après l'expiration de la période d'exclusion de 90 jours, toute demande de prestation liée à ce diagnostic ou à tout autre diagnostic de cancer posé ultérieurement sera refusée. En effet, les premiers signes ou symptômes de la maladie se sont manifestés pendant la période d'exclusion, ce qui rend une réclamation pour cancer inadmissible aux termes du contrat.



Périodes applicables à chaque maladie

Le tableau suivant présente les périodes applicables aux maladies couvertes.

Légende

— : ne s'applique pas

Liste des maladies couvertes	Période de survie	Période minimale de manifestation des symptômes	Période d'exclusion
Accident vasculaire cérébral (ayant causé des déficits neurologiques graves)	30 jours suivant la date de diagnostic	30 jours	—
Anémie aplastique	—	—	—
Brûlures graves	—	—	—
Cancer	—	—	90 jours*
Cécité	—	—	—
Chirurgie de l'aorte	30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale	—	—
Coma	—	72 heures	—
Crise cardiaque grave (infarctus aigu du myocarde)	30 jours suivant la date de diagnostic	—	—
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	—	—	—
Démence, y compris maladie d'Alzheimer	—	6 mois	—
Diabète de type 1	—	—	—
Dystrophie musculaire	—	—	—
Fibrose kystique	—	—	—
Greffe d'un organe vital	—	—	—
Infection au VIH contractée au travail	—	Voir définition pour les conditions exactes	—
Insuffisance rénale	—	—	—
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	—	1 an	1 an*
Maladie du motoneurone	—	—	—
Maladies congénitales sévères du cœur	30 jours suivant la date de diagnostic	—	—
Méningite bactérienne	—	90 jours	—
Paralysie	—	90 jours	—
Paralysie cérébrale	—	—	—
Perte d'autonomie	—	90 jours	—
Perte de l'usage de la parole	—	180 jours	—
Perte de membres	—	—	—
Pontage Aortocoronarien	30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale	—	—
Remplacement ou réparation d'une valve cardiaque	30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale	—	—
Sclérose en plaques	—	—	1 an*
Surdité	—	—	—
Syndrome de Down	—	—	—
Traumatisme crânien sévère	—	180 jours	—
Trouble du spectre de l'autisme	—	—	—
Tumeur cérébrale bénigne	—	Voir définition pour les conditions exactes	90 jours*

* Suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de la dernière remise en vigueur

Liste des maladies couvertes	Période de survie	Période minimale de manifestation des symptômes	Période d'exclusion
Conditions médicales couvertes par la prestation additionnelle (15 % du capital assuré, maximum 50 000 $)			
Angioplastie coronarienne	30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale	—	—
Cancer de la prostate, classé T1 selon la classification de l'AJCC et s'il présente un score de Gleason 6 ou moins	—	—	90 jours*
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	—	—	90 jours*
Cancer du sein classé comme in-situ	—	—	90 jours*
Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai	—	—	90 jours*
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	—	—	90 jours*
Tumeurs neuroendocrines au stade 1 selon la classification de l'AJCC	—	—	90 jours*
Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC	—	—	90 jours*

* Suivant la date de prise d'effet de la garantie ou la date de la dernière remise en vigueur

Comprendre les maladies couvertes

Les définitions qui suivent résument les principales caractéristiques des maladies couvertes. Elles présentent les critères à respecter, les périodes applicables ainsi que toute exclusion ou précision importante.

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.

Période de survie

30 jours suivant la date du diagnostic

Période minimale de manifestation des symptômes

Les déficits neurologiques doivent persister de manière continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic

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.

Protections couvrant cette maladie

Base, Enrichie, Enfant, Avenant en cas de maladie grave

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

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

Angioplastie coronarienne (inclus dans la prestation additionnelle)

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'aine) 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).

Période de survie

30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale

Protections couvrant cette maladie

Sous la Garantie de la prestation additionnelle incluse dans les protections Enrichie et Enfant.

(Versement de 15 % du capital assuré, maximum 50 000 $. Le capital assuré n'est pas réduit à la suite du paiement de la prestation additionnelle. Le paiement de la prestation additionnelle peut être versé un maximum de quatre (4) fois. Une seule prestation est payable par condition médicale couverte par la prestation additionnelle.)

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 (3e) 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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. 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 la personne assurée 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, la personne assurée 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.

Protections couvrant cette maladie

Base, Enrichie, Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants, Avenant en cas de maladie grave, Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle

Cancer (inclus dans la 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, la personne assurée 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.

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. Pour ceux listés ci-dessus, une prestation réduite correspondant à 15 % du capital assuré est versée, jusqu'à concurrence de 50 000 $.

Protections couvrant cette maladie

Sous la Garantie de la prestation additionnelle incluse dans les protections Enrichie et Enfant.

(Versement de 15 % du capital assuré, maximum 50 000 $. Le capital assuré n'est pas réduit à la suite du paiement de la prestation additionnelle. Le paiement de la prestation additionnelle peut être versé un maximum de quatre (4) fois. Une seule prestation est payable par condition médicale couverte par la prestation additionnelle.)

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 une personne assurée perd la presque totalité de l'usage de ses yeux.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants, Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle

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.

Période de survie

30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale

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 l'objet d'un remplacement par intervention chirurgicale.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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.

Période minimale de manifestation des symptômes

72 heures

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 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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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.

Période de survie

30 jours suivant la date du diagnostic

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.

Protections couvrant cette maladie

Base, Enrichie, Enfant et Avenant en cas de maladie grave

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 », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. 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 la personne assurée qui est enregistrée sur une liste d'attente pour une greffe.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants

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.

La personne assurée doit présenter :

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

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Période minimale de manifestation des symptômes

6 mois

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 mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatry Res. 1975 ;12(3):189.

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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, 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 (25e) 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.

Protections couvrant cette maladie

Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants

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 (25e) anniversaire de naissance.

Précisions

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

Protections couvrant cette maladie

Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants, Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle

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 (25e) anniversaire de naissance.

Précisions

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

Protections couvrant cette maladie

Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants

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 », la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Précisions

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

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants, Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle

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 la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date 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

Période minimale de manifestation des symptômes

Voir définition pour les conditions exactes

Exclusion

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

- la personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH ;
- un traitement approuvé contre l'infection 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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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 la personne assurée doit recourir à un traitement par dialyse de façon régulière ou subir une transplantation, la prestation est payable (sujet aux exclusions applicables).

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants, Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle

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. La personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

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 minimale de manifestation des symptômes

1 an

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, la personne assurée reçoit un diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique ou qu'elle 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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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, la personne assurée a de la difficulté à parler et à avaler. Cependant, les fonctions intellectuelles demeurent intactes.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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 interauriculaire ; communication interventriculaire ; sténose aortique ; sténose pulmonaire ; sténose subvalvulaire aortique légère.

Période de survie

30 jours suivant la date du diagnostic

Précisions

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

Protections couvrant cette maladie

Avenant d'assurance maladies graves pour enfants

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.

Période minimale de manifestation des symptômes

90 jours suivant la date de diagnostic

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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

Paralysie

Le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux (2) 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.

Période minimale de manifestation des symptômes

90 jours suivant l'événement déclencheur

Précisions

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

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants, Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle

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.

Protections couvrant cette maladie

Avenant d'assurance maladies graves pour enfants

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.

Période minimale de manifestation des symptômes

90 jours

Exclusion

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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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.

Période minimale de manifestation des symptômes

180 jours

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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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.

Période de survie

30 jours suivant la date de l'intervention 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.

Protections couvrant cette maladie

Base, Enrichie, Enfant, Avenant en cas de maladie grave

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.

Période de survie

30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale

Précisions

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

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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, la personne assurée 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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants, Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle

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.

Protections couvrant cette maladie

Avenant d'assurance maladies graves pour enfants

Traumatisme crânien sévère

Un traumatisme crânien sévère désigne un diagnostic formel de nouvelles lésions du tissu cérébral causées par un traumatisme crânien externe, entraînant un nouveau déficit neurologique qui :

- résulte d'un traumatisme externe suffisamment grave pour avoir amené la personne assurée à consulter un médecin dans la semaine suivant le traumatisme ;
- est présent et objectivable à l'examen clinique ;
- est confirmé par des examens d'imagerie cérébrale anormaux par résonance magnétique (IRM) et/ou tomodensitométrie (TDM), attestant d'un traumatisme cérébral ; et
- persiste pendant plus de 180 jours consécutifs suivant la date du diagnostic.

Le diagnostic de traumatisme crânien dû à un traumatisme externe doit être posé par un spécialiste.

Période minimale de manifestation des symptômes

180 jours consécutifs suivant la date du diagnostic

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant

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 5e 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 4e anniversaire de naissance.

Toute réclamation pour un diagnostic après le 4e anniversaire de la personne assurée 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.

Protections couvrant cette maladie

Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants, Garantie en cas de maladie grave pour les enfants de la vie universelle

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. La personne assurée 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 minimale de manifestation des symptômes

Voir définition pour les conditions exactes

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, la personne assurée 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 diagnostiques et par un spécialiste.

Protections couvrant cette maladie

Enrichie, Enfant, Avenant d'assurance maladies graves pour enfants

Pour toute question ou pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec votre conseiller ou votre conseillère.

beneva

Les assurances de personnes sont souscrites par Beneva inc.
© Beneva inc. 2026 MD Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce de Groupe Beneva inc. utilisées sous licence.

IND-G1148F (2026-09)