

Spécialité Vie
Police d'assurance contre les
maladies graves

Émise par:
Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie

CHUBB®

Exemple de Police

Conditions Particulières

Numéro de la police :	«POLICY»
Personne assurée :	«FORMALNAME»
Adresse de la personne assurée :	«ADDR3», «ADD4R» «CITY» «PROVINCE» «POSTCODE»
Date de naissance :	«DOB»
Sexe de la personne assurée :	«SEX»
Statut de fumeur de la personne assurée à la date de la demande :	«SMOKER STATUS»
Date de prise d'effet :	«EFFECTIVE DATE»
Date d'expiration :	La date d'échéance de la prime suivant votre 75e anniversaire
Montant de la prestation :	«BENEFIT AMOUNT»
Prime :	«PREMIUM AMOUNT» «BILLING FREQUENCY» Les primes ne peuvent être augmentées pour une police individuelle; toutefois, elles peuvent être modifiées selon le regroupement par catégorie.
Date d'échéance de la prime :	«EFFECTIVE DATE»
Bénéficiaire :	Le bénéficiaire de toute prestation payable à l'égard d'un enfant à charge (lorsqu'une protection pour enfant à charge est en vigueur) est la personne assurée.
Montant de l'avenant d'assurance pour enfants :	Not Applicable
Liste des enfants à charge :	Not Applicable

Police d'assurance contre les maladies graves

CHUBB®

Table des matières

Conditions particulières	2
Police d'assurance contre les maladies graves	3
Objet de l'assurance	4
Date d'entrée en vigueur de la présente assurance	5
Date de cessation de l'assurance	5
Protection offerte par cette assurance	5
Exclusions	7
Fausse déclaration	8
Déclaration erronée de la date de naissance ou du sexe	8
Primes	8
Délai de grâce	8
Remise en vigueur de la police	9
Bénéficiaire	9
Soumission d'une réclamation	9
Annulation de la police	10
Autres renseignements importants	10
Conditions légales	11
Protection de vos renseignements personnels	12
Modalités et acceptation	12
Définitions	13

Nature et étendue de l'assurance

En contrepartie de la proposition d'assurance dont une copie est jointe aux présentes et du paiement des primes requises à l'échéance tel qu'il est indiqué dans les conditions particulières, nous avons émis cette police en votre nom. Nous acceptons de payer les prestations décrites dans la présente police, sous réserve de l'ensemble de ses modalités, conditions et limitations.

La présente police entrera en vigueur à la date d'effet indiquée aux conditions particulières, à la condition que les renseignements fournis dans la proposition d'assurance demeurent exacts et complets à cette date et au moment où vous acceptez la livraison de la présente police, et à la condition que la prime initiale soit payée à échéance.

Dans la présente police, les termes « vous », « votre » ou « vos » désignent la personne assurée, et les termes « nous », « notre » ou « nos » désignent Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie (« Chubb Vie »).

Pour vous aider à comprendre les termes d'assurance utilisés dans la présente police, veuillez vous reporter aux explications dans la section « Termes utilisés dans la présente police », de même que dans les conditions particulières de votre police.

Il est important que vous lisiez intégralement et attentivement votre police pour bien comprendre le fonctionnement de cette assurance et évaluer si elle répond à vos besoins. Pour de plus amples renseignements concernant cette assurance, communiquez avec l'Administrateur au 1-844-335-5588 en semaine de 8 h à 17 h, heure de l'Est.



A. Andrew Hollenberg, Président

Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie
199 Bay Street, 24th Floor, Toronto (Ontario) M5L 1E2

Droit d'examiner la police pendant 30 jours

Vous disposez de 30 jours à compter de la date où vous recevez la présente police pour l'examiner et nous la retourner si elle ne satisfait pas vos besoins. Si vous nous retournez la présente police dans ce délai de 30 jours, celle-ci sera résiliée comme si elle n'avait jamais été en vigueur et toute prime déjà payée vous sera remboursée. Veuillez faire parvenir votre demande écrite d'annulation de votre police à : Assurance Spécialité Vie, 8000 Jane Street, Tower A., Suite 101, Concord (Ontario) L4K 5B8.

Date d'entrée en vigueur de la présente assurance

Sous réserve des modalités de la présente police, la protection aux termes de celle-ci entre en vigueur à la date de prise d'effet dans la mesure où les conditions suivantes sont remplies :

- les renseignements que vous avez indiqués dans la proposition d'assurance demeurent exacts et complets à la date d'entrée en vigueur;
- les renseignements que vous avez indiqués dans la proposition demeurent exacts et complets au moment où vous acceptez la remise de la présente police; et
- vous payez la prime initiale à échéance.

Si toutes ces conditions ne sont pas remplies, la présente police ne prend pas effet.

Date de cessation de l'assurance

La protection aux termes de la présente assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- la date du décès de la personne assurée désignée dans les conditions particulières;
- la date de prise d'effet de votre demande d'annulation de la présente police. Veuillez vous reporter à la section « Annulation de votre part »;
- la fin du délai de grâce si la prime n'a toujours pas été acquittée. Veuillez vous reporter à la section « Délai de grâce »; ou
- la date d'expiration stipulée dans les conditions particulières.

Protections offertes par cette garantie

La présente police vous procure les garanties décrites ci-dessous :

1. le paiement du montant de la prestation pour une maladie assurée;
2. le paiement du montant de la prestation pour une maladie assurée contractée par un enfant (s'il y a lieu);
3. le paiement d'une partie de la prestation concernant d'autres maladies assurées; et
4. le paiement d'une prestation de deuxième sinistre.

1. Paiement du montant de la prestation pour une maladie assurée

Nous paierons le montant de la prestation indiqué dans les conditions particulières lorsque vous recevez un diagnostic d'une maladie assurée. Nous ne paierons pas le montant de la prestation à l'égard d'une maladie assurée dans la mesure où le diagnostic a été posé avant la date d'entrée en vigueur de la présente police.

La prestation ne sera payée qu'une fois que la présente police sera en vigueur. Cela signifie que nous ne verserons qu'une seule prestation, même si vous recevez un diagnostic relatif à d'autres maladies assurées ou souffrez de telles maladies ou les subissez sauf tel qu'il est décrit à la section « Prestation de deuxième sinistre ». La garantie aux termes de la présente police se termine après le paiement de cette prestation.

Vous devez survivre pendant une période 30 jours suivant la date du diagnostic de la maladie assurée, sauf indication contraire dans la description des maladies assurées.

Certaines limitations et exclusions s'appliquent; veuillez consulter la section « Exclusions » de la présente police.

2. Paiement du montant de la prestation pour une maladie assurée d'un enfant (s'il y a lieu)

Outre les maladies assurées, nous paierons le montant de la prestation fixé dans les conditions particulières lorsqu'un enfant à charge reçoit un diagnostic d'une maladie assurée d'un enfant. Nous ne paierons pas le montant de la prestation à l'égard de toute maladie assurée d'un enfant dans la mesure où l'enfant à charge a reçu un diagnostic relatif à cette maladie avant la date d'entrée en vigueur de la présente police.

La prestation ne sera payée qu'une fois que la présente police sera en vigueur. Cela signifie que nous ne verserons qu'une seule prestation, et ce, même l'enfant à charge reçoit un diagnostic relatif à plus d'une maladie assurée d'un enfant, souffre de telles maladies ou les subit.

Certaines limitations et exclusions s'appliquent; veuillez consulter la section « Exclusions » de la présente police.

3. Paiement d'une partie de la prestation concernant des maladies assurées supplémentaires

Nous paierons un pourcentage de la prestation fixée dans les conditions particulières si vous obtenez un diagnostic relatif à une maladie assurée supplémentaire. Si le diagnostic a été posé avant la date de prise d'effet, aucun paiement ne vous sera versé pour les maladies en question.

La prestation concernant les autres maladies assurées ne sera payée qu'une fois que la présente police sera en vigueur. Cela signifie que nous ne verserons qu'une seule fois la prestation à l'égard des maladies assurées supplémentaires.

Vous devez survivre pendant une période 30 jours suivant la date du diagnostic de la maladie assurée supplémentaire, sauf indication contraire dans la description des maladies assurées supplémentaires.

En cas de paiement d'une prestation pour maladie supplémentaire, le montant de la prestation payable après diagnostic d'une maladie assurée ou de la prestation de deuxième sinistre sera réduit du paiement que nous avons effectué pour la prestation pour maladie supplémentaire.

Certaines limitations et exclusions s'appliquent; veuillez consulter la section « Exclusions » de la présente police.

Montants de la prestation pour maladies supplémentaires

- a. Nous vous paierons 20 % du montant de la prestation, jusqu'à un maximum de 20 000 \$, si vous recevez un diagnostic de CCIS.
- b. Nous vous paierons 20 % du montant de la prestation, jusqu'à un maximum de 20 000 \$ si vous devez subir un traitement en raison d'un cancer de la prostate à un stade précoce.
- c. Nous vous paierons 25 % du montant de la prestation si vous recevez un diagnostic de perte d'autonomie.

et que vous recevez un diagnostic d'un deuxième cancer ou d'une deuxième maladie cardiovasculaire (y compris une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un pontage coronarien, une chirurgie de l'aorte ou le remplacement d'une valvule cardiaque).

La prestation de deuxième sinistre ne sera payée que si :

- vous survivez au moins 30 jours après le diagnostic de la deuxième maladie assurée; et
- la première et la deuxième maladie assurées ne figurent pas dans la même catégorie de maladie assurée. À titre d'exemple, cela signifie que si votre première maladie assurée était un cancer, nous ne paierons pas la prestation de deuxième sinistre pour un diagnostic de cancer; toutefois, nous paierons pour un diagnostic de maladie cardiovasculaire (y compris une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un pontage coronarien, une chirurgie de l'aorte ou le remplacement d'une valvule cardiaque).

La prestation de deuxième sinistre n'est payable qu'une seule fois. Le paiement de la prestation de deuxième sinistre représentera une quittance pleine et entière de toutes les réclamations en vertu de la prestation de deuxième sinistre. À la suite du paiement de la prestation de deuxième sinistre, la garantie en vertu de la présente police prendra fin.

Les maladies assurées supplémentaires ne sont pas admissibles au paiement de la prestation de deuxième sinistre.

Cas où nous ne paierons pas

Aucune prestation ne sera versée pour les maladies assurées, les maladies assurées d'un enfant ou les maladies assurées supplémentaires imputables directement ou indirectement aux causes suivantes ou à l'égard desquelles les causes suivantes constituent un facteur contributif :

- un suicide ou toute blessure infligée volontairement, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
- une guerre déclarée ou non, un acte de guerre ou un acte terroriste, une émeute ou une insurrection, ou le service dans les forces armées d'un pays, d'un gouvernement ou d'un organisme international;
- une blessure ou une maladie autre qu'une des maladies assurées, d'une maladie assurée d'un enfant ou d'une maladie assurée supplémentaire, même si la blessure ou la maladie a fait l'objet de complications entraînées par une maladie assurée, une maladie assurée d'un enfant ou une maladie assurée supplémentaire;
- une complication de l'infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute variation de celle-ci, y compris le SIDA et le syndrome associé au SIDA;
- la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel, ou un sinistre subi pendant un emprisonnement; ou
- l'usage abusif de médicaments ou l'abus de drogues ou de substances intoxicantes, ou un taux d'alcoolémie de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.

Exclusion relative aux maladies préexistantes (APPLIQUÉE DANS LE CAS DE GARANTIES DE 50 000 \$ ET MOINS)

Aucune prestation ne sera versée pour les maladies assurées, les maladies assurées d'un enfant ou les maladies assurées supplémentaires imputables directement ou indirectement à une maladie préexistante ou qui en résultent.

Période d'exclusion de 90 jours en cas de cancer

Aucune prestation ne sera versée en cas de cancer, de traitement d'un cancer de la prostate à un stade précoce ou d'un CCIS pendant une période de 90 jours commençant à la dernière des dates suivantes :

- a. la date d'entrée en vigueur, ou
- b. la date de la dernière remise en vigueur de la police.

Au cours de cette période de 90 jours, aucune garantie ne sera offerte pour un CCIS, un cancer ou un traitement du cancer de la prostate à un stade précoce :

- si la personne assurée a reçu un diagnostic de CCIS ou d'un autre type de cancer; ou
- si la personne assurée présente des symptômes ou des problèmes médicaux qui nécessitent une investigation menant à un diagnostic de cancer, de CCIS ou de traitement du cancer de la prostate à un stade précoce.

Advenant tout diagnostic de cette nature, la police demeurera en vigueur, mais le cancer sera considéré comme une maladie préexistante et ne sera plus considéré comme une maladie assurée, une maladie assurée d'un enfant ou une maladie assurée supplémentaire pour l'assuré, sauf si celui-ci reçoit subséquemment un diagnostic de cancer non relié au précédent.

Fausse déclaration

Si vous avez fait une déclaration inexacte ou fautive, ou omis un fait important dans la proposition d'assurance ou dans les déclarations faites par écrit, au téléphone ou par voie électronique à titre de justification d'assurabilité, nous avons le droit de contester la validité de la présente police. Cela signifie que nous pouvons déclarer que la police est nulle rétroactivement au moment de son émission.

Toutefois, sauf en cas de fraude, nous ne contesterons pas la validité de la présente police après qu'elle ait été en vigueur de façon continue pour une période de 2 ans à compter de la date de prise d'effet ou de la date de sa dernière remise en vigueur, selon la dernière de ces dates à survenir.

En cas de preuve de fraude, nous pouvons déclarer la police nulle et vous rembourser la prime à tout moment. Le terme fraude comprend notamment, une déclaration inexacte à tout égard important quant à vos habitudes tabagiques. Elle comprend aussi toute fautive déclaration ou tout défaut de divulguer un fait ayant une incidence importante sur notre décision d'émettre la présente police au taux de prime appliqué au moment de son émission.

Déclaration erronée de la date de naissance ou du sexe

En cas de déclaration erronée de votre date de naissance ou de votre sexe dans votre proposition d'assurance, nous rajusterons le montant des indemnités payables au montant ou au montant global qui aurait été payable pour une même prime selon l'âge ou le sexe réel. Cependant, dans le cas où nous n'aurions pas pu émettre la présente police parce que l'âge exact ne répond pas à nos critères à cet égard, nous déclarerons cette police nulle et vous rembourserons toutes les primes payées.

Primes

La prime que vous devez payer pour conserver la présente police en vigueur est indiquée dans les conditions particulières. La date d'échéance de la prime figure à la page des conditions particulières. Le taux de prime est basé sur le regroupement par catégorie de la personne assurée et sur le montant de la prestation de décès que vous avez sélectionné.

Les primes exigibles doivent nous être versées à la date d'échéance de la prime figurant dans les conditions particulières, sous réserve des dispositions de la section « Délai de grâce » ci-dessous.

Modification de la prime

Nous pouvons augmenter ou réduire votre prime. Nous modifierons votre prime uniquement si cette modification vise toutes les personnes assurées du même regroupement par catégorie. Il n'arrivera jamais qu'une modification de la prime s'applique à un seul assuré.

Vous serez avisé par écrit au moins 45 jours avant toute modification de votre prime. Nous ne pouvons modifier votre prime qu'une seule fois par période de 12 mois.

Les primes augmenteront à mesure que vous avancerez en âge. Un nouveau taux de prime vous sera applicable à chaque période de 5 ans à compter de l'âge de 25 ans. Si vous avez souscrit votre assurance juste avant qu'un nouveau taux de prime ne soit applicable, nous garantissons le taux applicable lors de la souscription pour une période d'un an.

Délai de grâce

Un délai de grâce de 30 jours à compter de la date d'échéance de la prime vous sera accordé pour le paiement de la prime. Pendant ce délai de grâce, la protection en vertu de cette police demeurera en vigueur, mais vous demeurerez responsable envers nous du paiement des primes qui s'accumulent pendant ce délai. Si vous ne payez pas la prime en souffrance et toute prime devenant échue pendant le délai de grâce, la présente police et la protection qu'elle procure prendront automatiquement fin sans qu'un avis ne soit donné à l'assuré ou à toute autre personne. Une police qui prend ainsi fin est une « police tombée en déchéance ».

Remise en vigueur de la police

Si votre police est tombée en déchéance en raison du non-paiement d'une prime, vous pouvez demander qu'elle soit remise en vigueur si l'assuré est vivant. Ce processus s'appelle remise en vigueur.

La police peut être remise en vigueur :

- dans les trente et un jours suivant la fin du délai de grâce, en nous payant toutes les primes en souffrance, à condition que l'assuré soit vivant à la date à laquelle nous recevons le paiement en question; ou
- dans les deux années suivant la date de déchéance, en nous faisant parvenir une demande écrite de remise en vigueur, moyennant le paiement de toutes les primes en souffrance et de nous fournir une preuve d'assurabilité que nous jugeons satisfaisante.

Si la présente police est remise en vigueur, la période de 2 ans relative à la contestation de sa validité ainsi que toutes les limitations et exclusions recommencent à courir à compter de la date de la remise en vigueur, conformément aux sections « Exclusions » et « Fausse déclaration ».

Bénéficiaire

Tous les paiements de prestations, y compris les prestations payables à l'égard d'un enfant à charge couvert par la présente police, vous sont versés directement.

Si votre décès survient à la date du paiement de prestations, nous paierons les prestations au bénéficiaire que vous avez désigné, tel qu'il est indiqué aux conditions particulières. Si vous effectuez des changements, nous versons la prestation au bénéficiaire que vous avez désigné dans la dernière demande de changement écrite de votre part. Vous pouvez changer de bénéficiaire n'importe quand avant votre décès. Si un bénéficiaire a été nommé à titre irrévocable, vous ne pouvez effectuer de changement à la désignation de bénéficiaire que si le bénéficiaire y consent. Si aucun de vos bénéficiaires n'est vivant au moment de votre décès, la prestation de décès sera versée à votre succession.

Présentation d'une réclamation

Pour présenter une réclamation, le demandeur doit communiquer avec l'Administrateur au numéro sans frais ci-dessous. Ce dernier lui enverra les formulaires appropriés pour qu'il les remplisse. Le demandeur doit remplir les formulaires et nous fournir l'information nécessaire pour évaluer la demande.

Les médecins peuvent facturer des frais pour remplir certains formulaires. La personne qui présente la réclamation est responsable de tous les frais relatifs à l'obtention de ces renseignements.

Les formulaires de réclamation remplis et les renseignements à l'appui doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Police d'assurance contre les maladies graves de Spécialité Vie
Assurance Spécialité Vie
8000 Jane Street, Tower A, Suite 101
Concord (Ontario) L4K 5B8

Numéro sans frais 1-844-335-5588

La présente police doit être en vigueur au moment du sinistre. Vous devez nous envoyer votre demande d'indemnité et les documents au soutien de celle-ci dans un délai d'un an à compter de la date de survenance du sinistre couvert par la présente police.

Pour de plus amples informations au sujet des réclamations, veuillez vous reporter à la section « Conditions légales » des présentes.

Annulation de votre police

Annulation de votre part

Vous pouvez annuler la présente police en tout temps en envoyant un avis écrit à l'Administrateur à l'adresse indiquée à la dernière page de la présente police. Votre demande d'annulation entre en vigueur à la date à laquelle nous recevons votre avis d'annulation. Si vous annulez votre police dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous la recevez, toute prime payée vous est remboursée. Si vous annulez votre police en tout temps après ce délai, toute prime payée après que nous ayons reçu votre avis d'annulation vous est remboursée au prorata (si les primes ont été acquittées annuellement).

Nous ne pouvons annuler votre police

Nous ne pouvons pas annuler votre police avant la date d'expiration. Cependant, nous pouvons déclarer la police nulle dans certains cas de fausse déclaration ou de défaut de déclarer certains renseignements. Reportez-vous aux sections « Fausse déclaration » et « Déclaration erronée de la date de naissance ou du sexe ».

Résiliation automatique

Votre protection au titre de la présente police sera automatiquement et immédiatement résiliée sans préavis ou autre action de notre part à la première des dates suivantes :

1. la date d'échéance de la prime qui suit votre 75^e anniversaire;
2. la date à laquelle une prime requise n'est pas payée à échéance, après l'expiration du délai de grâce; ou
3. la date du décès de la personne assurée.

Autres renseignements importants

Monnaie

Toutes les sommes mentionnées dans cette police sont en dollars canadiens.

Assurance sans participation

La présente police est sans participation. Cela veut dire que vous ne participerez pas à la distribution de nos bénéfices ou de nos surplus en vertu de la présente police.

Valeur de rachat

La présente police n'a aucune valeur de rachat.

Cession

Vos droits et vos prestations prévus au titre de la présente police ne peuvent être cédés.

Avis

Tous les avis officiels que vous nous envoyez, notamment les avis d'annulation, doivent être soumis par écrit et remis à nos bureaux ou envoyés par la poste à l'adresse indiquée. Vos avis ou ceux d'un demandeur doivent comprendre le numéro de la présente police, ainsi que votre nom et votre adresse.

Sanctions

La présente assurance ne s'applique pas dans la mesure où des sanctions commerciales ou économiques ou d'autres lois et règlements nous interdisent d'offrir de l'assurance, notamment, le paiement des réclamations. Toutes les autres modalités de la police demeurent inchangées.

Poursuites judiciaires

Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables au titre de la police est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans le délai prévu dans la Loi sur les assurances ou une autre loi applicable dans votre province de résidence.

1. Le contrat

La proposition, la présente police, les documents annexés à celle-ci lors de son établissement, ainsi que les modifications contractuelles convenues par écrit après l'établissement de la police constituent l'intégralité du contrat. Aucun agent n'est autorisé à modifier celui-ci ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Nous sommes réputés n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par nous.

2. Faits importants

Aucune déclaration que vous faites au moment de la proposition d'assurance ne peut être utilisée en défense d'une réclamation aux termes du contrat ou en vue de se soustraire au contrat à moins que celle-ci ne soit contenue dans la proposition ou toute autre déclaration écrite ou réponse fournie à titre de preuve d'assurabilité.

3. Avis et preuve de sinistre

- a. Vous, une personne assurée, ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une réclamation ou leur mandataire doit :
 - i. donner un avis écrit de réclamation de l'une ou l'autre des façons suivantes :
 1. en remettant l'avis ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à notre succursale principale dans la province; ou
 2. en le remettant à notre agent autorisé dans la province, au plus tard 30 jours suivant la date à laquelle une réclamation prend naissance aux termes du contrat en raison d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;
 - ii. dans les 90 jours de la date de présentation d'une réclamation au titre de la présente police, nous fournir, tel qu'il est raisonnablement possible de le faire dans les circonstances, les preuves
 1. de l'événement à l'origine de la réclamation;
 2. du droit du demandeur aux prestations;
 3. de l'âge du demandeur;
 4. de l'âge du bénéficiaire, si ce renseignement est pertinent; et
 - iii. si nous l'exigeons, nous fournir une attestation satisfaisante indiquant la cause ou la nature de l'accident ou de la maladie pour laquelle la réclamation est effectuée au titre du contrat.
- b. Le défaut de donner l'avis de réclamation ou de fournir la preuve de réclamation dans les délais requis aux termes de la présente condition n'invalide pas la réclamation si, selon le cas :
 - i. l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard un an après la date de l'accident; ou
 - ii. dans le cas du décès de l'assuré, si une déclaration de présomption de décès est nécessaire, l'avis ou la preuve sont donnés ou fournis au plus tard un an après la date à laquelle le tribunal fait la déclaration.

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

Nous devons fournir des formulaires de preuve de réclamation dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. S'il n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, le demandeur peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de la maladie donnant lieu à la réclamation.

5. Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre de la police :

1. le demandeur doit nous permettre d'examiner la personne assurée aux moments et aussi souvent qu'il peut raisonnablement l'exiger, tant que le règlement est en suspension; et
2. en cas de décès de la personne assurée, nous pouvons exiger une autopsie sous réserve des lois du territoire compétent en cette matière.

6. Délai de versement des présentations

Toutes les sommes payables au titre du contrat doivent être versées par nous dans les 60 jours après avoir reçu la preuve de sinistre.

Protection de vos renseignements personnels

Chez Chubb, nous nous engageons à protéger les renseignements personnels de nos clients. La politique de Chubb consiste à limiter l'accès aux renseignements sur nos clients aux personnes qui en ont besoin pour fournir aux clients les services qui répondent à leurs besoins d'assurance tout en veillant au maintien et à l'amélioration du service à la clientèle. Les renseignements fournis par les clients sont requis par nous, nos réassureurs et les administrateurs autorisés pour évaluer le droit des clients aux indemnités, notamment pour déterminer si la couverture est en vigueur, pour enquêter sur le bien-fondé des exclusions et pour coordonner la couverture avec d'autres assureurs. À ces fins, nous, nos réassureurs et les administrateurs autorisés consultons les dossiers d'assurance existants des clients, obtenons des renseignements supplémentaires au sujet des clients et auprès des clients et, au besoin, recueillons et échangeons des renseignements avec des tiers. Nous ne divulguons pas les renseignements sur nos clients à des tiers autres que nos agents ou courtiers, sauf si nécessaire pour exercer nos activités, p. ex., pour traiter les demandes d'indemnisation ou si la loi l'exige. Nous avisons nos clients que, dans certaines circonstances, les employés, fournisseurs de services, agents, réassureurs et tous les fournisseurs de Chubb peuvent être situés à l'extérieur du Canada et que les renseignements personnels des clients peuvent ainsi être assujettis aux lois de ces territoires de compétence étrangers.

L'agent de la protection des renseignements personnels; Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie, 199 Bay Street, 25th Floor, Toronto, Ontario, M5L 1E2. Pour en apprendre davantage sur la protection des renseignements personnels chez Chubb, veuillez consulter notre site à l'adresse Chubb.com/ca

Procédures pour déposer une plainte

Si un assuré veut déposer une plainte ou une demande de renseignements concernant toute question relative à la présente police d'assurance, il doit appeler au 1-877-534-3655 entre 8 h et 20 h (HNE), du lundi au vendredi.

Si, pour quelque raison que ce soit, l'assuré n'est pas satisfait de la résolution de sa plainte ou de sa demande de renseignements, il peut transmettre par écrit sa plainte ou sa demande de renseignements à notre responsable des plaintes :

Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie
199 Bay Street, Suite 2500
P.O. Box 139 Commerce Court Postal Station
Toronto, ON M5L 1E2
Courriel : complaintscanada@chubb.com

Si l'assuré n'est toujours pas satisfait de la résolution de sa plainte ou de sa demande de renseignements, il peut transmettre par écrit sa plainte ou sa demande de renseignements :

Ombudsman des assurances de personnes
20 rue Adelaide Est, Bureau 802 C.P. 29
Toronto ON M5C 2T6

Termes utilisés dans la présente police

Certains termes de la présente police ont des significations particulières qui sont définies dans le texte, dans les conditions particulières ou ci-dessous.

« **Accident** » désigne un événement soudain, inattendu et involontaire qui provoque une blessure.

« **Activités de la vie quotidienne** » désigne les activités suivantes :

1. Se laver - possibilité de se laver dans une baignoire, une douche, avec un gant de toilette, avec ou sans l'aide de matériel.
2. Se vêtir - possibilité d'enlever ou de mettre des vêtements, y compris des appareils orthopédiques, des prothèses ou d'autres appareils chirurgicaux.
3. Faire sa toilette - capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle.
4. Continence vésicale et intestinale - capacité de contrôler ses fonctions vésicales et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs, cathéters, appareils chirurgicaux ou tout autre dispositif d'aide artificielle de façon à maintenir un niveau d'hygiène raisonnable.
5. Déplacement - possibilité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'installer dans un fauteuil ou un fauteuil roulant avec ou sans l'utilisation de matériel.
6. Alimentation - possibilité de consommer des aliments préparés par quelqu'un d'autre avec ou sans ustensiles adaptés.

« **Administrateur** » désigne Insurance Supermarket Inc., située au 8000 Jane Street, Tower A, Suite 101, Concord (Ontario) L4K 5B8, Téléphone sans frais 1-888-818-1720. L'« Administrateur » est responsable des ventes, de la commercialisation et de l'administration des réclamations.

« **Assuré** » désigne la personne qui a demandé la présente police et dont le nom figure dans les conditions particulières en tant que « Personne assurée », ainsi que tout « Enfant à charge assuré » désigné dans les conditions particulières.

« **Bénéficiaire** » désigne la personne ou les personnes que vous avez désignées par écrit afin de recevoir le montant de la prestation de décès à votre décès.

« **Beneficiary** » means the person or persons you name in writing to receive the death benefit in the event of your death.

« **Blessure** » désigne toute blessure physique qui est directement liée à un accident, indépendamment de toute autre cause, qui est causée par un événement violent, externe et visible et qui s'est produite pendant que vous étiez assuré aux termes de la présente police. La blessure doit se produire dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

« **Conditions particulières** » désigne les conditions particulières qui sont annexées à la présente police et en font partie intégrante.

« **Effective date** » means the date coverage begins as set out under "Effective Date" in the policy schedule.

« **Date d'échéance de la prime** » désigne la date à laquelle le premier versement de la prime est exigible, ainsi que le premier jour de chaque mois par la suite.

« **Date de prise d'effet** » désigne la date à laquelle la protection commence, tel qu'il est indiqué sous « Date de prise d'effet » des conditions particulières.

« Date de prise d'effet » désigne la date à laquelle la protection commence, tel qu'il est indiqué sous « Date de prise d'effet » des conditions particulières.

« **Enfant à charge** » désigne votre enfant naturel, votre enfant adopté ou l'enfant de votre conjoint. Votre enfant à charge doit :

- a. être âgé de moins de 21 ans, non marié et à votre charge pour subvenir à ses besoins, et ne pas occuper un emploi rémunéré pendant plus de 25 heures par semaine;
- b. être âgé de moins de 26 ans, non marié et étudiant dans un établissement d'études postsecondaires et à votre charge pour subvenir à ses besoins, et ne pas occuper un emploi rémunéré pendant plus de 25 heures par semaine;
- c. être incapable de subvenir à ses besoins ou d'occuper un emploi autonome en raison d'un handicap physique ou mental et être considéré comme un enfant à charge aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

Si un enfant à charge est assuré en vertu de la présente police, son nom sera indiqué dans les conditions particulières à titre d'enfant à charge assuré.

« **Famille immédiate** » désigne votre conjoint ou conjointe, vos parents, le conjoint de votre mère ou la conjointe de votre père, vos enfants ou beaux-enfants, votre frère ou soeur, votre demifrère ou demi-soeur, votre beau-frère ou belle-soeur, votre bellemère ou beau-père, et votre gendre ou bru.

« **Maladie** » désigne toute maladie ou affection physique ou état physique qui se sont manifestés à la date de prise d'effet ou après cette date.

« **Maladie assurée** » désigne la maladie d'Alzheimer, la maladie des motoneurons, une chirurgie de l'aorte, une tumeur cérébrale bénigne, la cécité, un cancer, un coma, un pontage coronarien, la surdité, une mutilation, une crise cardiaque, le remplacement d'une valvule cardiaque, la perte de la parole, une insuffisance d'un organe vital, une greffe d'un organe vital, la sclérose en plaques, une infection professionnelle par le VIH, une paralysie, la maladie de Parkinson, des brûlures graves et une accident vasculaire cérébral. Pour une description complète des maladies assurées, reportez-vous à la section « Description des maladies assurées » de la présente police.

« **Maladie assurée d'un enfant** » désigne la paralysie cérébrale, la fibrose kystique, le syndrome de Down et la dystrophie musculaire. Pour une description complète des maladies assurées d'un enfant, reportez-vous à la section « Description des maladies assurées d'un enfant » de la présente police.

« **Maladie mentale ou nerveuse ou trouble mental ou nerveux** » désigne une névrose, une psychonévrose, une psychopathie, une psychose ou un trouble mental ou émotif en l'absence d'une maladie organique démontrable.

« **Maladie préexistante** » désigne une blessure ou une maladie relativement à laquelle vous avez subi un traitement ou reçu des conseils ou un diagnostic ou à l'égard de laquelle un traitement était requis ou recommandé par un médecin au cours des 24 mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de la police ou la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci. Une maladie préexistante comprend une maladie qui, directement ou indirectement, fait en sorte qu'une maladie assurée, une maladie assurée d'un enfant ou une maladie assurée supplémentaire se manifeste au cours des 24 mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de la police ou la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci.

« **Maladies assurées supplémentaires** » désigne le CCIS, le traitement d'un cancer de la prostate à un stade précoce et la perte d'autonomie. Pour une description complète des maladies assurées supplémentaires, reportez-vous à la section « Description des maladies assurées supplémentaires » de la présente police.

« **Médecin** » désigne un médecin praticien reconnu par le Collège des médecins et chirurgiens de la province ou du pays où le traitement est donné. Le médecin doit être une personne autre qu'un membre de votre famille immédiate.

« **Montant de la prestation** » désigne le montant qui vous sera versé aux termes des modalités de la présente police et conformément aux conditions particulières.

« **Police** » désigne le présent document d'assurance sur la vie de la personne assurée désignée dans les conditions particulières, ainsi que toutes les modifications et tous les avenants qui y sont annexés.

« **Regroupement par catégorie** » désigne le regroupement de personnes assurées en fonction de leur occupation, de leur âge, de leur sexe ou de leur province ou territoire de résidence.

« **SIDA** » signifie syndrome d'immunodéficience acquise.

« **Spécialiste** » désigne un médecin dont la pratique est limitée à une branche précise de la médecine ou de la chirurgie requise pour poser un diagnostic ou pratiquer une chirurgie pour les maladies assurées ou les maladies assurées supplémentaires spécifiées.

« **Traitement ou conseil** » désigne une consultation, des soins ou un service offerts par un médecin, notamment des diagnostics et des médicaments prescrits.

Description des maladies assurées

« **Maladie d'Alzheimer** » désigne un diagnostic selon lequel vous souffrez de la maladie d'Alzheimer, qui constitue un diagnostic définitif relatif à une maladie dégénérative progressive du cerveau. Le diagnostic doit être appuyé par des preuves médicales indiquant que vous souffrez d'une perte de capacité intellectuelle occasionnant une déficience de votre mémoire ou de votre jugement qui entraîne une réduction importante de votre fonctionnement mental et social faisant en sorte que vous nécessitez une supervision personnelle permanente des activités de la vie quotidienne. Tous les autres troubles du cerveau organiques, de même que les maladies psychiatriques débouchant sur la démence sont exclues de cette définition de maladie assurée. Un neurologue ou un psychiatre agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Chirurgie de l'aorte** » désigne une intervention chirurgicale à l'aorte requise pour traiter une maladie de l'aorte et qui nécessite l'excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. La chirurgie de l'aorte doit être effectuée à la suite de la recommandation écrite préalable d'un chirurgien cardiovasculaire agréé. L'aorte inclut l'aorte thoracique et abdominale, mais non les branches de l'aorte.

« **Tumeur cérébrale bénigne** » désigne un néoplasme bénin dans le cerveau ou dans les méninges avec confirmation histologique. Les kystes, les granulomes, les malformations des artères ou des veines intracrâniennes et les tumeurs ou les lésions de l'hypophyse sont spécifiquement exclues. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une neuroradiologie par un spécialiste formé à l'interprétation des investigations radiologiques.

« **Cécité** » désigne la perte totale et irrémédiable de la vue dans les deux yeux à la suite d'une blessure ou d'une maladie. L'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins dans les deux yeux et le champ de vision doit être inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologiste agréé doit confirmer cliniquement le diagnostic par écrit.

« **Cancer** » désigne une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlées de cellules malignes et l'invasion des tissus. Sont inclus la leucémie, la maladie de Hodgkin et les mélanomes invasifs, mais sont exclus :

- a. les carcinomes in situ;
- b. la maladie de Kaposi ou d'autres cancers liés au sida et le cancer en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
- c. les cancers de la peau ou les mélanomes qui ne sont pas invasifs et qui ne dépassent pas 0,75 mm de profondeur;
- d. le cancer de la prostate diagnostiqué au stade T1N0M0 ou à un stade équivalent;
- e. une récurrence ou une métastase du cancer dont le diagnostic original est antérieur à la date de prise d'effet.

Un oncologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Coma** » désigne un état d'inconscience pendant une période continue d'au moins 96 heures au cours de laquelle des stimulations externes n'ont produit que des réflexes d'évitement primaires. Un neurologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Pontage coronarien** » désigne une intervention chirurgicale effectuée par un chirurgien cardiovasculaire certifié pour remédier au rétrécissement ou au blocage d'une ou plusieurs artères coronaires par le biais de greffons de pontage. Les techniques non chirurgicales telles que l'angioplastie par ballonnet, le retrait d'obstruction par laser ou les techniques intra-artérielles ne sont pas considérées comme des maladies assurées.

« **Surdité** » désigne un diagnostic de perte permanente de l'ouïe de l'assuré, avec un seuil auditif de plus de 90 dB dans chaque oreille. Un oto-rhino-laryngologiste agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Mutilation** » désigne un diagnostic définitif de la perte complète de deux membres ou plus au dessus du poignet ou de la cheville à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement requise. Le diagnostic de la perte de membres doit être effectué par un spécialiste, qui doit le confirmer par écrit.

« **Crise cardiaque** » désigne un diagnostic définitif de nécrose du muscle cardiaque résultant d'une obstruction de l'apport sanguin causant des hausses et des baisses des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux considérés comme des manifestations d'un infarctus du myocarde et associées à au moins un des symptômes suivants :

- a. symptômes de crise cardiaque;
- b. modifications récentes du tracé électrocardiographique (ECG) indicatives d'une crise cardiaque;
- c. apparition de nouvelles ondes Q durant et suivant immédiatement une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette disposition dans les circonstances suivantes :

- a. Marqueurs biochimiques cardiaques élevés accompagnés de :
 - i. niveau de troponine inférieur à 1;
 - ii. niveau de CK-Mb inférieur à 4; ou
- b. Modifications de l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur, qui ne répond pas à la définition de « crise cardiaque » donnée précédemment.

« **Remplacement d'une valvule cardiaque** » désigne une opération chirurgicale ayant pour but le remplacement de toute valve du coeur, qu'elle soit naturelle ou mécanique. La chirurgie doit être déclarée médicalement nécessaire par un médecin spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente disposition pour toute réparation d'une valve du coeur.

« **Perte de la parole** » désigne un diagnostic définitif de perte totale et irréversible de la capacité de parler à la suite d'une blessure ou d'une maladie, pour une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste, qui doit le confirmer par écrit.

« **Insuffisance d'un organe vital** » désigne la défaillance complète et irréversible du coeur, du foie, du pancréas (à l'exclusion des greffes de cellules des îlots pancréatiques), des deux poumons, des deux reins ou de la moelle osseuse, ayant pour conséquence que l'organe touché ne répond à aucun traitement et que vous êtes médicalement tenu de s'inscrire à un programme de transplantation d'organes reconnu au Canada afin de recevoir un coeur, un foie, un pancréas, un poumon, un rein ou une greffe de moelle osseuse.

« **Greffe d'un organe vital** » désigne un diagnostic définitif d'une insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, ayant pour conséquence qu'une transplantation est médicalement nécessaire. Pour être admissible à l'indemnité pour greffe d'un organe vital, vous devez subir une greffe du coeur, d'un poumon, du foie, d'un rein ou de la moelle osseuse. La garantie ne couvre que les greffes desdits organes. Le diagnostic de l'insuffisance d'un organe vital doit être fait par un spécialiste, qui doit le confirmer par écrit.

« **Maladie des motoneurones** » désigne un diagnostic définitif d'une des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primaire;
- atrophie spinale musculaire progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- pseudo-paralysie bulbaire progressive.

Le diagnostic de maladie des motoneurones doit être confirmé par un médecin spécialiste.

« **Sclérose en plaques** » désigne un diagnostic sans équivoque fourni par écrit par un neurologue agréé, confirmant au moins un des aspects suivants :

1. deux crises cliniques distinctes ou plus, confirmées par des tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, confirmant la présence de multiples lésions de démyélinisation;
2. anomalies neurologiques clairement définies présentes depuis plus de 6 mois, confirmées par IRM du système nerveux, montrant la présence de multiples lésions de démyélinisation;
3. une seule crise, confirmée par des tests répétés d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, montrant la présence de multiples lésions de démyélinisation qui se sont développées successivement à intervalles d'au moins un mois.

« **Infection professionnelle par le VIH** » désigne un diagnostic définitif d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice de vos fonctions normales, vous ayant exposé à des liquides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle donnant lieu à l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet ou après la date du dernier rétablissement de la police.

Pour avoir droit à une prestation en vertu de la présente disposition, l'assuré doit satisfaire à tous les critères suivants :

- a. la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant la date à laquelle elle est survenue;
- b. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la date à laquelle la blessure accidentelle est survenue et doit produire des résultats négatifs;
- c. une sérologie du VIH doit être effectuée entre le 90^e et le 180^e jour suivant la date à laquelle la blessure accidentelle est survenue et doit produire des résultats positifs;
- d. tous les tests de dépistage du VIH doivent être effectués dans des laboratoires dûment habilités au Canada ou aux États-Unis d'Amérique;
- e. la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices relatives à l'emploi en vigueur au Canada et aux États-Unis d'Amérique.

Le diagnostic d'infection professionnelle par le VIH doit être posé par un spécialiste, qui doit le confirmer par écrit.

Exclusions : Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente disposition si :

- a. vous avez décidé de ne pas vous prévaloir de tout vaccin disponible reconnu contre le VIH avant de contracter ladite infection;
- b. un traitement médical reconnu pour le VIH est devenu disponible avant la survenance de la blessure accidentelle;
- c. une sérologie du VIH doit être effectuée entre le 90^e et le 180^e jour suivant la date à laquelle la blessure accidentelle est survenue et doit produire des résultats positifs;

« **Paralysie** » désigne une perte totale et irrécouvrable du fonctionnement de 2 membres ou plus en raison de dommages neurologiques attribuables à une blessure ou à une maladie, sous réserve que ladite perte fonctionnelle dure au moins 180 jours consécutifs et qu'il soit déterminé par la suite, au moyen d'une attestation jugée satisfaisante par nous que ladite perte fonctionnelle est permanente. Un neurologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Maladie de Parkinson** » désigne un diagnostic non équivoque de maladie de Parkinson primaire idiopathique attestant l'incapacité d'effectuer sans aide 3 des 6 activités de la vie quotidiennes. Le diagnostic doit faire état de manifestations de perte fonctionnelle progressive et doit être confirmé par écrit par un neurologue.

« **Brûlures graves** » désigne des brûlures du troisième degré couvrant au moins 20 % de la surface du corps. Un chirurgien plasticien agréé doit confirmer ce diagnostic par écrit.

« **Accident vasculaire cérébral** » désigne un accident vasculaire cérébral, excluant un accident ischémique transitoire (AIT), produisant un infarctus du tissu cérébral attribuable à une thrombose, une hémorragie d'un vaisseau intracrânien ou une embolie causée par une source extracrânienne. Il doit y avoir des preuves de dommages neurologiques permanents persistants pendant 30 jours consécutifs, ainsi que des preuves que les dommages sont le résultat de l'accident vasculaire cérébral, confirmées par écrit par un neurologue agréé.

Description des maladies assurées supplémentaires

« **CCIS** » désigne un diagnostic posé par un médecin agréé de la présence d'un carcinome canalaire in situ confirmée par une biopsie. Un oncologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b)**

» désigne un cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b). Le diagnostic doit être posé par un oncologue. Aucune prestation ne sera versée à moins que l'oncologue n'ait recommandé un des traitements suivants :

- Intervention chirurgicale au niveau de la prostate;
- Radiothérapie;
- Chimiothérapie;
- Thérapie hormonale;

« **Perte d'autonomie** » désigne le diagnostic définitif par un médecin de l'un ou l'autre des états ci-après; la perte d'autonomie doit persister pendant au moins quatre-vingt-dix (90) jours à partir de la date du diagnostic :

- a. incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidiennes; ou
- b. présence de déficience cognitive.

La déficience cognitive est définie comme la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration mesurable de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner mesurable résultant d'une cause organique objective diagnostiquée par un médecin. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance continue pendant au moins huit heures par jour.

Exclusions : Une maladie mentale ou nerveuse ou un trouble mental ou nerveux n'est pas considérée comme une déficience cognitive.

Description des maladies assurées d'un enfant

« **Dystrophie musculaire** » désigne un diagnostic sans équivoque de dystrophie musculaire, caractérisée par des anomalies neurologiques bien définies et confirmée par une électromyographie et une biopsie musculaire. Un neurologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Fibrose kystique** » désigne un diagnostic sans équivoque de fibrose kystique, à savoir un trouble héréditaire affectant les glandes exocrines, entraînant une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. Un médecin spécialisé en génétique médicale doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Paralysie cérébrale** » désigne un diagnostic sans équivoque d'une paralysie cérébrale définitive, à savoir un déficit neurologique non progressif caractérisé par la spasticité et l'incoordination des mouvements. Un neurologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Syndrome de Down** » désigne un diagnostic sans équivoque de syndrome de Down appuyé par la preuve chromosomique d'une trisomie 21. Un médecin spécialisé en génétique médicale doit confirmer le diagnostic par écrit.