

Votre Police d'Assurance

---

# Évolution Jr. Maladies Graves

Par Assurance Spécialité Vie



SLI-EJCI025POL-0122FR

## DROIT D'EXAMEN ET DE RETOUR DE LA POLICE SOUS DIX JOURS

Le Propriétaire peut, en tout temps dans les dix jours suivant la réception de la présente Police, la retourner à Assurance Spécialité Vie ou au Conseiller par l'intermédiaire duquel elle a été souscrite, pour annulation. La présente Police sera considérée comme nulle à la date d'entrée en vigueur si elle est retournée dans les dix jours, et toute Prime payée sera remboursée au Propriétaire.

Signé pour Humania Assurance Inc. à Saint-Hyacinthe, Québec, à la date d'émission.



**Marc Pelletier**  
Président et chef de la direction



**Luc Bergeron**  
Vice-président Finances et Trésorier

# Bienvenue!

Mme Test Client  
123 Any Street,  
Any City, ON L1L2L3

Félicitations pour avoir pris cette mesure importante afin de protéger vos proches, et merci de laisser Spécialité Vie vous aider.

Nous nous sommes associés à Humania Assurance Inc. pour aider des personnes comme vous à trouver les produits d'assurance qui répondent le mieux à votre style de vie et à vos besoins financiers. Notre engagement est de vous aider à protéger votre famille.

Veillez noter que votre police d'assurance prend effet à partir de la date de la police et conformément aux conditions énoncées dans votre contrat d'assurance. Avant de ranger votre police dans un endroit sûr, veuillez prendre quelques instants pour examiner la police et vérifier l'exactitude de tous les renseignements personnels.

Si vous remarquez des informations incorrectes ou des erreurs dans votre police, veuillez nous contacter au 1.855.966.3580 ou à l'adresse indiquée au bas de la présente lettre, car une seule réponse incorrecte ou autre inexactitude pourrait entraîner l'invalidité de votre police d'assurance.

Conformément au « Droit d'examen et de retour de la police sous dix jours », si nous n'avons pas de réponse de votre part dans les dix jours suivant la date d'entrée en vigueur de la police, nous présumerons que vous confirmez l'exactitude de tout le contenu de votre contrat.

Nous vous remercions de votre confiance que vous accordez à Spécialité Vie et d'avoir choisi de faire affaire avec nous. Vous pouvez toujours compter sur notre équipe pour vous offrir un service professionnel et attentif et pour répondre à vos besoins d'assurance. Nous serons ravis de répondre à toutes vos questions.

Sincèrement,  
**Spécialité Vie**

À propos d'Humania Assurance Inc.

Humania Assurance Inc. est une compagnie d'assurance mutuelle qui élabore des solutions d'assurance axées sur les besoins des Canadiens depuis plus de 80 ans. Elle offre une couverture d'assurance innovatrice pour simplifier et accélérer le processus à un prix compétitif. Notre mission : RENDRE L'ASSURANCE ACCESSIBLE.

## Tableau des Prestations et des Primes

### Information sur le contrat

Numéro de Police :	SL0000000	Province d'Émission :	
Date d'entrée en vigueur de la police :	00-00-2020	Propriétaire :	
Date de résiliation de la police :	00-00-2044	Bénéficiaire(s) :	(100 %)
Assuré :			

### Résumé de la couverture d'assurance

Type de police : L'Assurance Maladies Graves Évolution Jr. est une Police d'Assurance Maladie Temporaire. La période de paiement des primes pour la Police se termine à l'anniversaire de la police qui suit le 25<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré. Les primes sont garanties de ne pas changer, à moins qu'il n'y ait un changement dans les renseignements que vous avez fournis dans votre demande.

### Détails de la couverture

Assuré :  
Sexe :  
Âge à l'émission :  
Classe et Risque :  
Capital Assuré : 00,000 \$  
Période de Paiement des Primes : Jusqu'au 25<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré

### Détails des Primes

Fréquence des Primes : Mensuelle  
Prime Mensuelle : 00,00 \$  
*Cette prime comprend les frais de police :* 5,00 \$

### Échéances des Primes

Dans votre demande d'assurance, vous nous avez indiqué que vous souhaitez payer la prime mensuellement. La première prime est due au plus tard le 2020-00-00.

Votre contrat se compose de la présente police, de la proposition, du questionnaire d'assurabilité et de tout avenant à la police ou avis de changement annexé à la Police.

Veillez lire votre contrat attentivement, notamment la présente Police, la proposition et le questionnaire d'assurabilité et valider les réponses qui y sont données. Si les réponses ne reflètent pas votre déclaration ou sont inexactes, vous devez en aviser l'Assureur dans les trente (30) jours suivant la livraison de la Police.

Le fait de ne pas aviser l'Assureur de toute inexactitude ou déclaration erronée peut entraîner la nullité du contrat.

Sous réserve des dispositions et des avenants de la Police, l'Assureur verse les prestations énumérées ci-dessous lorsqu'un événement couvert se produit.

Si l'Assureur reçoit une demande de résiliation du contrat ou un ordre d'arrêt de paiement de toute prime due, toutes les obligations de l'Assureur en vertu du contrat prennent fin immédiatement à la date de réception de la demande.

Description de la (des) couverture(s)	Prestation(s)	Prime Modale
<b>Les couvertures suivantes ont la même date d'entrée en vigueur, soit le 2 février 2020.</b>		
Assurance Maladies Graves Temporaire jusqu'à l'âge de 25 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 25 ans.	00 000 \$	00,00 \$
Frais de Police		5,00 \$
<b>Prime payable le 1er de chaque mois</b>		00,00 \$

Cette police est garantie comme étant renouvelable jusqu'à l'âge de 25 ans, tel que prévu dans la Police, si elle est maintenue en vigueur par le paiement des primes.

Signature du Signataire Autorisé :



Nom en caractères d'imprimerie du Signataire Autorisé : Valérie Le Roux

## Barème des Primes de Renouvellement

---

Prime modale au renouvellement pour le capital assuré de : 25 000 \$.

Date de Renouvellement (mm-aaaa)	Prime Modale (*)
-------------------------------------	------------------

---

(\*) Prime Mensuelle

## Table des matières

Section A -	<b>Définitions</b> .....	8
Section B -	<b>Prestations</b> .....	10
	Assurance Maladies Graves Temporaire .....	10
	Liste et Définitions des maladies graves couvertes.....	13
Section C -	<b>Dispositions générales</b> .....	25
	Contrat.....	25
	Date d'Entrée en Vigueur.....	25
	Primes.....	25
	Méthode de Paiement.....	25
	Exclusions.....	25
	Âge.....	26
	Obligation de divulgation.....	26
	Incontestabilité.....	26
	Résiliation de la police et de ses garanties.....	26
	Remise en vigueur de la Police.....	27
	Changement de Bénéficiaire.....	27
	Devise légale.....	27
	Droit d'annulation.....	27
	Conformité à la loi.....	27
	Dispositions générales.....	27
	Avis et preuve de réclamation.....	28
	Paiement en vertu de la police.....	28
	Remboursement.....	28
Propositions -	<b>Demande d'assurance</b> .....	A-1

## Section A - Définitions

Lorsqu'ils sont utilisés dans la présente Police, les termes énumérés ci-dessous signifient :

### Activités de la vie quotidienne :

- **Bain** - la capacité de se laver dans une baignoire, une douche ou à l'aide d'une éponge, avec ou sans l'aide d'appareils d'assistance ;
- **Habillage** - la capacité de mettre et d'enlever les vêtements nécessaires, les appareils orthopédiques, les membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels ;
- **Toilette** - la capacité de s'asseoir et de se lever des toilettes et de maintenir une hygiène personnelle avec ou sans l'aide d'appareils d'assistance ;
- **Continence vésicale et intestinale** - la capacité de gérer les fonctions intestinales et vésicales avec ou sans sous- vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux, de manière à maintenir un niveau d'hygiène raisonnable ;
- **Transfert** - la capacité de se déplacer dans et hors d'un lit, d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels et ;
- **Alimentation** - la capacité de consommer des aliments ou des boissons qui ont déjà été préparés et mis à disposition, avec ou sans l'utilisation d'appareils d'assistance.

**Bénéficiaire** : personne physique ou morale désignée par le Propriétaire de la police, dans tout avis écrit déposé auprès de l'Assureur, ayant le droit de recevoir des prestations en vertu du présent contrat.

**Maladies graves couvertes** : liste des maladies graves figurant dans la partie B de la présente police. Chaque maladie grave couverte est définie et leurs définitions, exclusions et limitations doivent être respectées pour qu'une prestation soit payable.

**Membre de la famille** : la mère, le père, le conjoint ou l'enfant, biologique ou légalement reconnu, de l'Assuré.

**Hôpital** : établissement reconnu comme centre hospitalier de soins de courte durée selon la législation de la province de résidence de l'Assuré, à l'exclusion d'une unité de soins de longue durée ou de lits utilisés pour les convalescents ou les malades chroniques. Hôpital ne signifie pas : une clinique, un centre de soins de santé ou un établissement qui fournit principalement des soins de réadaptation ou des soins infirmiers, même si cet établissement fait partie d'un hôpital ou est associé à un hôpital.

**Hospitalisation** (ou Hospitalisé) : un séjour d'au moins dix-huit (18) heures dans un hôpital en tant que patient hospitalisé.

**Blessure** : blessure corporelle résultant directement ou indirectement d'un accident subi par l'assuré et indépendamment de toute maladie ou autre cause pendant que la police est en vigueur.

**Âge d'assurance** : âge de la personne assurée au dernier anniversaire de la police.



**Assureur** : Humania Assurance Inc, dont le siège social est situé au 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe, Québec, J2S 2Z6.

**Assuré** : la personne désignée comme telle dans la proposition.

**Propriétaire** : la personne qui est titulaire de la présente Police.

**Règlement partiel de maladie grave** : une Maladie Grave couverte pour laquelle la prestation payable est de 15 % de la garantie de la maladie grave choisie. Le montant partiel est indiqué dans le Tableau des Prestations et des Primes de la police. Le montant de la prestation n'est versé qu'une seule fois et est déduit de toute autre prestation pour maladie grave payable par l'assureur. La liste des maladies graves à règlement partiel se trouve dans la section B de la présente police.

**Médecin** : toute personne légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada dans le cadre de son diplôme de médecine (M.D.), et qui n'a pas de lien familial ou professionnel avec l'assuré ou le titulaire.

**Police** : le présent contrat, la proposition de cette police, toute demande de remise en vigueur et toute demande écrite de modification du contrat.

**Frais raisonnables** : désigne les frais ou honoraires calculés selon le barème d'honoraires standard en vigueur dans province de résidence de l'Assuré.

**Classe de risque** : les caractéristiques de l'Assuré qui déterminent le taux de prime d'une garantie. Les classes de risque sont basées sur le sexe, l'âge, le tabagisme et la santé de l'Assuré.

**Maladie** : une détérioration de la santé ou un trouble de l'organisme confirmé par un Médecin, qui n'est pas causé par une blessure et dont les premiers symptômes apparaissent pendant que la présente Police est en vigueur.

**Spécialiste** : un médecin titulaire d'une licence et ayant reçu une formation médicale spécialisée liée à la maladie grave couverte pour laquelle une demande de remboursement a été soumise.

**Étudiant** : une personne âgée de moins de 25 ans, inscrite à temps plein et qui suit régulièrement des cours de jour dans un établissement d'enseignement reconnu comme tel par le ministère de l'Éducation de la province de résidence de la personne et titulaire des permis requis.

**Période de survie** : s'entend de la période qui débute à la date d'établissement du diagnostic de la maladie ou de l'affection grave et qui se termine 30 jours après, sauf disposition contraire stipulée dans le contrat. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours pendant lequel les fonctions vitales sont maintenues. L'assuré doit être vivant à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions de son cerveau.

**Invalidité totale (ou invalidité totale)** : État de l'assuré qui, suite à un accident ou une maladie, est incapable d'effectuer tout travail rémunéré ou non.

## Section B - Assurance Maladies-Graves temporaire jusqu'à l'âge de 25 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 25 ans.

### Prestations

Pendant que la garantie est en vigueur, l'assureur versera, lorsque l'un des événements suivants se produit, la prestation pour maladie grave indiquée dans le Tableau des Prestations et des Primes si une maladie grave couverte par la présente police survient.

Toutefois, cette prestation n'est payable que si l'assuré est toujours en vie après une période de trente (30) jours suivant la date du diagnostic ou après la période spécifiée pour cette maladie couverte diagnostiquée, à l'exclusion du nombre de jours pendant lesquels la personne est sous assistance respiratoire. Le montant de la prestation payable par l'assureur pour un cancer ne mettant pas la vie en danger est égal à quinze pour cent (15 %) du montant de la maladie grave, indiqué dans le Tableau des Prestations et des Primes. Cette prestation est payable qu'une seule fois pendant que la garantie est en vigueur et est déduite de toute autre prestation payable en vertu de la présente garantie.

Si l'Assuré est couvert par plus d'une assurance émise par l'Assureur, la prestation maximale est alors limitée à 50 000 \$ pour l'ensemble de ces couvertures.

**Pour le produit à Émission Garantie uniquement :** Pendant les deux premières années à compter de la date d'entrée en vigueur de la police, l'indemnité est égal au total des primes versées, plus les intérêts simples, au taux de 3 % par an, sur les primes versées jusqu'à la date du diagnostic de la maladie grave couverte par la présente police.

Si l'Assuré est couvert par plus d'une assurance émise par l'Assureur, la prestation maximale est alors limitée à 12 500 \$ pour l'ensemble de ces couvertures.

### Conditions de paiement

Si l'assuré a souffert d'une Maladie Grave couverte avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie, aucune prestation ne sera versée pour cette catégorie de maladies graves. Aucune prestation n'est versée lorsque la maladie résulte de l'utilisation intentionnelle par l'Assuré de drogues, de médicaments non prescrit par un médecin ou un autre professionnel de la santé, ou si l'assuré a fait usage de médicaments prescrit par un médecin, un professionnel de la santé ou un autre professionnel de la santé, en ne respectant pas la posologie et les instructions.

### Diagnostic au Canada

Le diagnostic d'une Maladie Grave doit être posé par un Médecin Spécialiste autorisé.

### Diagnostic hors du Canada

Lorsque le diagnostic d'une maladie grave est posé à l'extérieur du Canada par un médecin spécialiste exerçant dans une juridiction jugée acceptable par l'Assureur, l'indemnité est versée si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a) l'Assureur a reçu la totalité des dossiers médicaux ;
- b) en s'appuyant sur les dossiers médicaux reçus, l'Assureur a la certitude que :

- i) le même diagnostic aurait été posé, si la Maladie Grave ou l'Accident avait été diagnostiqué par un Médecin Spécialiste exerçant au Canada et dûment autorisé à le faire ;
- ii) le même traitement aurait été prescrit en conformité avec les normes Canadiennes ; et
- iii) le même traitement, incluant l'intervention chirurgicale requise, si applicable, aurait été prescrit si le traitement avait été prodigué au Canada.

L'Assureur peut exiger que l'Assuré se soumette à un ou des examens médicaux indépendants effectués par un médecin désigné par l'Assureur. Dans le cas d'une intervention chirurgicale électorale, l'examen médical exigé devra être effectué avant ladite intervention chirurgicale.

### Exclusions

En plus des exclusions décrites dans les dispositions générales, aucun montant n'est payable si la maladie ou l'accident découle directement ou indirectement d'une maladie diagnostiquée, de signes ou de symptômes connus ou en investigation non déclarés avant la date d'émission de la garantie. Aucune prestation de maladies graves ne sera payable pour tout cancer ou tumeur cérébrale bénigne, pour toute la durée de la garantie, si la date du diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie ou tumeur cérébrale bénigne survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur, ou si la date d'apparition des signes ou des symptômes ou des consultations médicales ou des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie ou tumeur cérébrale bénigne survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur.

### Obligation de divulgation

N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou d'une tumeur cérébrale bénigne se manifestant pendant la période moratoire, doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'Assureur, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

### Primes

La prime de chaque garantie est indiquée au Tableau des Prestations et des Primes. La prime est garantie pendant toute la durée de la garantie.

### Résiliation de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de cette police, cette garantie d'assurance maladies graves temporaire prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle l'Assureur reçoit une demande écrite du Propriétaire indiquant qu'il désire mettre fin au présent contrat ou la date stipulée dans cette demande si cette date est postérieure à la date de réception par l'Assureur.
- la date à laquelle une prestation d'assurance Maladie Grave ou d'Assurance Vie devient payable en vertu de la présente garantie, à l'exception de toute prestation versée pour une Maladie Grave à règlement partiel ;
- la date de résiliation de la police, telle qu'indiquée dans le ;
- la date du décès de l'Assuré.

## Dispositions générales

Les définitions, limitations et exclusions de cette garanties'appliquent en plus de celles indiquées dans les Dispositions générales. Les dispositions générales de la Police régissent la présente garantie lorsqu'elles sont pertinentes et compatibles avec les conditions de la présente garantie.

## Définitions

Aux fins de la présente police, l'Assuré est couvert pour les Maladies Graves suivantes, telles que définies ci-après :

### Maladie Grave

Liste et définitions des Maladies Graves couvertes, diagnostiquées par un médecin ou un spécialiste pendant la durée où la police est en vigueur.

### Spécialiste

Un **spécialiste** est un médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en rapport avec la maladie ou l'affection grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une affection peut être diagnostiquée par un médecin dûment autorisé exerçant au Canada ou aux États-Unis. Les spécialistes comprennent, sans s'y limiter, les cardiologues, les neurologues, les néphrologues, les oncologues, les ophtalmologues, les spécialistes des brûlures et les internistes. Le spécialiste ne doit ni être le propriétaire de la présente Police, l'Assuré, un parent ou un associé du Propriétaire de la Police ou de l'Assuré. Tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux conditions requises doivent être faits par un professionnel de la santé qui n'est pas le propriétaire de la Police, l'Assuré, un parent ou un associé du Propriétaire de la Police ou de l'Assuré.

### Période de Survie

**Période de survie** s'entend de la période qui débute à la date d'établissement du diagnostic de la maladie ou de l'affection grave et qui se termine 30 jours après, sauf disposition contraire stipulée dans le contrat. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours pendant lequel les fonctions vitales sont maintenues. L'assuré doit être vivant à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions de son cerveau. Dans le cas des maladies ou affections graves auxquelles une période d'admissibilité s'applique, par exemple, 90 jours dans le cas de la méningite bactérienne et de la paralysie, la période de survie court en parallèle avec la période d'admissibilité associée à l'affection.

Maintien des **fonctions vitales** s'entend des soins donnés périodiquement par un médecin dûment autorisé à un assuré dont l'état exige un soutien nutritionnel, respiratoire ou cardiovasculaire lorsque toutes les fonctions de son cerveau ont cessé de manière irréversible.

Veuillez noter que certains termes utilisés dans les définitions ci-dessous, dont « irréversible » et « intervention chirurgicale », devraient être définis dans le contrat.

Les sociétés membres pourraient devoir utiliser un libellé ou des termes différents dans leurs définitions de maladies graves pour qu'ils correspondent à ceux utilisés dans leurs contrats.

Par exemple :

Les termes « adhérent au régime », « participant au régime » ou « salarié » pourraient être substitués à « assuré », et « maladie grave » ou « affection grave », à « affection ».

Il pourrait également être nécessaire d'utiliser un libellé différent pour les exclusions des contrats collectifs.

Par exemple :

« Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « x » si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de la garantie de l'assuré ou, en cas d'augmentation des sommes assurées, la date d'effet de l'augmentation si cette date est postérieure, l'assuré : »

**Aux fins de la présente police, vous êtes couvert pour les 31 Maladies Graves suivantes, telles que définies ci-après :**

**Lésion cérébrale acquise** : se définit comme le diagnostic d'une nouvelle lésion du tissu cérébral causée par une lésion traumatique, une anoxie ou une encéphalite, entraînant des signes et des symptômes de déficience neurologique qui :

- Sont présents et vérifiables à l'examen clinique ou au test neuropsychologique;
- sont corroborés par des études d'imagerie cérébrale telles que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la tomodensitométrie (TDM), montrant des changements dont le caractère, la localisation et la chronologie correspondent aux nouvelles lésions ; et
- Persister pendant plus de cent quatre-vingts (180) jours après la date du diagnostic.
- Le diagnostic de lésion cérébrale acquise doit être établi par écrit par un Spécialiste.

**Exclusions : Aucune prestation ne sera versée au titre de cette condition pour :**

- une anomalie observée sur des scanners cérébraux ou autres, sans déficience clinique liée définie ; ou
- des signes neurologiques survenant sans symptômes d'anomalie.

**Chirurgie aortique** : se 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.

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

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

**Anémie aplastique** : se définit comme 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 écrit par un spécialiste.

**Autisme** : se définit comme organique du développement cérébral caractérisé par l'incapacité à développer un langage communicatif ou d'autres formes de communication sociale. Le diagnostic d'autisme doit être établi par écrit par un spécialiste.

**Limitation** : Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette condition si le diagnostic est posé après le 3e anniversaire de l'Assuré.

**Méningite bactérienne** : se définit comme 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 médicalement accepté. La méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Le diagnostic de Méningite Bactérienne doit être posé par un spécialiste.

Aux fins de la police, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

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

**Tumeur cérébrale bénigne** : est définie comme diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. L'assuré doit avoir subi une intervention chirurgicale ou une radiothérapie, ou la tumeur doit avoir provoqué des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

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

Aux fins de la police, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

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

- adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm;
- malformations vasculaires;
- cholestéatomes; ou
- tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

**Exclusion des 90 jours :** aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » si, dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Société dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, la Société peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

**Cécité :** est défini comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux (2) yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée étant (20/200) ou moins pour les deux (2) yeux ; ou
- un champ visuel inférieur à (20) degrés pour les deux (2) yeux.

Le diagnostic de cécité doit être établi par écrit par un spécialiste.

**Cancer :** se définit comme un diagnostic formel de tumeur maligne. La tumeur doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

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



**Aux fins de la présente police :**

- le terme « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :
  - de TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm<sup>2</sup>, ou 50 par CFG; ou
  - de TSGI de l'intestin grêle, de l'oesophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm<sup>2</sup>, ou 50 par CFG.
- les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer » dans les cas suivants : lésions décrites comme étant bénignes, non invasives, précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, limites (« borderline »), un carcinome in situ, ou des tumeurs au stade Tis ou Ta;

mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;

tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel; ? cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;

cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;

leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;

tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;

tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou

thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

**Période d'exclusion de 90 jours :** Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer » si, dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).



Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Société dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Société peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

**Cancer (ne mettant pas la vie en danger) :** La prestation suivante sera payable au titre de la définition du terme « cancer ne mettant pas la vie en danger » dans les cas suivants :

- **Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) :** le cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.
- **Carcinome canalaire in situ du sein (stade A) :** cancer non invasif qui doit être confirmé par une biopsie.
- **Mélanome malin au stade 1A :** mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, confirmé par une biopsie, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

**Période d'exclusion de 90 jours :** Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer » si, dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Société dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Société peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

**Paralysie cérébrale :** elle est définie comme le diagnostic d'un défaut neurologique non progressif affectant le contrôle des muscles. Ce défaut est caractérisé par la spasticité et l'incoordination des mouvements. Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être confirmé par écrit par un spécialiste.

**Coma :** est défini comme 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 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion :** 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.

**Pontage aorto-coronarien** : se définit comme une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au coeur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : 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.

**Cardiopathie congénitale requérant une chirurgie à cœur ouvert** : les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles :

- Sténose aortique
- Communication interauriculaire
- Rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré
- Sténose pulmonaire
- Communication interventriculaire

La chirurgie doit :

- être recommandée par un médecin spécialiste;
- être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables; et
- être effectuée par un médecin spécialiste.

**Exclusions** : Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :

- fermeture percutanée de la communication interauriculaire; et
- interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée.

**Fibrose kystique** : se définit comme un diagnostic de fibrose kystique où l'Assuré est atteint d'une maladie pulmonaire chronique et d'une insuffisance pancréatique. Le diagnostic de fibrose kystique doit être établi par écrit par un spécialiste.

**Surdité** : Se définit comme un 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.

**Chirurgie cardiaque (pontage aorto-coronarien)** : se définit comme la : chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires à l'aide de greffons de pontage. Les procédures non chirurgicales telles que l'angioplastie et l'utilisation de lasers pour débloquer les artères ne sont pas couvertes.

**Crise cardiaque (infarctus du myocarde)** : se définit comme le diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne :

L'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, y compris, mais sans s'y limiter, une coronarographie et/ou une angioplastie coronarienne.

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

**Exclusions** : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) » dans les cas suivants :

Changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement;

- autres syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.

**Remplacement ou réparation d'une valve cardiaque** : se définit comme l'intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule 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 versée au titre de la définition de remplacement ou réparation d'une valve cardiaque pour l'angioplastie, les procédures intra-artérielles, les procédures percutanées par cathéter ou les procédures non chirurgicales.

**Insuffisance rénale** : se définit comme le diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

**Perte d'autonomie** : se définit comme le diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même :

- avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- au moins 3 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous;
- sur une période continue d'au moins 90 jours;
- sans espoir raisonnable de rétablissement; et
- 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;

- **se servir des toilettes** : s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et assurer son hygiène personnelle; 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 mouvoir** : se lever du lit, se coucher, s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et s'en lever;
- **se nourrir** : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Aucune période de survie additionnelle ne s'applique si l'assuré satisfait aux conditions décrites ci-dessus.

**Perte de membres** : se définit comme 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.

**Perte de l'usage de la parole** : se définit comme 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.

**Exclusions** : aucune prestation ne sera versée au titre de cette condition pour toutes les causes liées à la psychiatrie.

**Transplantation d'un organe vital** : se définit comme le diagnostic définitif de l'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour être admissible au titre de la Transplantation d'Organe Majeur, l'Assuré doit subir une procédure de transplantation en tant que receveur d'un cœur, d'un poumon, d'un foie, d'un rein ou d'une moelle osseuse, et limitée à ces entités.

Le diagnostic de l'insuffisance organique majeure doit être posé par un spécialiste.

**Maladie du motoneurone** : se définit comme 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.

**Sclérose en Plaques** : se définit comme un diagnostic formel, suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de la sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente police, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure,

sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable pour les cas suivants :

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

**Exclusion applicable la première année** : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « sclérose en plaques » si, dans l'année suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non au titre du contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, la Compagnie peut refuser toute demande de règlement portant sur la sclérose en plaques, ou sur toute maladie grave causée par la sclérose en plaques ou son traitement.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par écrit par un spécialiste.

**Dystrophie musculaire** : se définit comme le diagnostic de dystrophie musculaire où l'Assuré présente des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire ou tout autre test acceptable pour l'Assureur qui confirme le diagnostic. Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être établi par écrit par un Spécialiste.

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

La prestation exigible au titre de la définition du terme « infection à 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 à VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.

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

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

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

**Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques** : diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson. Syndrome parkinsonien atypique : diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique

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

**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.

**Exclusion applicable la première année** : Période d'exclusion d'un an : Aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » si, dans la première année suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.



Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Société dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Société peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

**Accident vasculaire cérébral (Accident vasculaire cérébral avec déficits neurologiques persistants) :** se définit comme le diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose, une hémorragie ou une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique persistant de façon continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

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

Aux fins de la présente police, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

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

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- troubles ischémiques du système vestibulaire;
- mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'oeil en cause; ou
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

**Brûlures graves :** se définit comme le diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

**Diabète sucré de type 1 :** se définit comme le diagnostic où l'assuré présente une carence totale en insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour sa survie. La dépendance à l'insuline doit persister pendant une période continue d'au moins 3 mois. Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit être établi par écrit par un spécialiste.

### **Exclusion des conditions préexistantes**

Si l'Assuré souffre d'une maladie couverte au cours des vingt-quatre (24) premiers mois suivant la date de début du

contrat, ou la dernière date de remise en vigueur, l'Assuré est tenu d'aviser Assurance Spécialité Vie de la situation et Assurance Spécialité Vie examinera le dossier de l'Assuré :

- si la maladie couverte de l'Assuré ne résulte pas d'une condition préexistante, la prestation applicable peut être versée à l'Assuré ;
- si la maladie couverte de l'Assuré résulte directement ou indirectement de la condition préexistante de l'Assuré ou y est liée de quelque façon que ce soit, la prestation applicable peut ne pas être versée. La garantie et les autres prestations prévues par les dispositions de la police peuvent être maintenues.

Qu'est-ce qu'une condition préexistante?

En outre, aucune prestation n'est payable pour une maladie grave si elle résulte de :

- Directement ou indirectement, une maladie qui est diagnostiquée, ou des signes ou symptômes qui sont connus, ou une investigation qui n'est pas signalée, avant la date de début du contrat, ou la dernière date de remise en vigueur.



## Section C - Dispositions générales

### Contrat

La présente Police est établie par l'Assureur sur la base de la proposition d'assurance, dont une copie est jointe, ainsi que de tout document soumis ultérieurement pour rétablir ou modifier la Police. Aucun représentant n'est autorisé à modifier la présente police ou à rendre nulle l'une de ses dispositions.

Toute modification de la Police ou de ses avenants doit être signée par un agent de l'Assureur.

### Date d'entrée en vigueur

La présente police entre en vigueur à la date d'approbation de la proposition par l'Assureur à condition que la proposition soit approuvée sans changement, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit survenu dans l'assurabilité de l'Assuré depuis la signature de la demande d'assurance ou de remise en vigueur.

### Primes

La prime de chaque garantie est indiquée dans le Tableau des Prestations et des Primes.

### Méthode de paiement

La prime est payable mensuellement par prélèvements automatiques. Une prime payée par chèque ou par retrait préautorisé n'est considérée comme payée que si le paiement est honoré.

Un délai de grâce de trente (30) jours est accordé pour le paiement de chaque prime, sauf la première. Si la prime reste impayée après le délai de grâce, la présente Police devient caduque et toute garantie d'assurance prend fin.

L'Assureur déduira les primes impayées de tout montant payable.

### Exclusions

Aucune prestation de Maladies Graves fracture, blessure, Décès Accidentel, de mutilation ou de perte totale d'usage ne sera versée si elle résulte :

- d'une tentative de suicide ou blessure ou mutilation auto-infligée intentionnellement, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- de participation de l'Assuré à la perpétration ou à la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un crime, la conduite d'un véhicule à moteur ou le pilotage d'un bateau alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou que son taux d'alcoolémie dépasse la limite légale;
- de toxicomanie, abus d'alcool ou consommation d'hallucinogènes, drogues illicites ou stupéfiants, ou abus de médicaments sur ordonnance;
- du service, en tant que combattant ou non, dans des forces armées engagées dans la surveillance, l'entraînement, le maintien de la paix, l'insurrection, la guerre (déclarée ou non) ou tout acte connexe, ou la participation de l'Assuré à un soulèvement populaire.

Aucune indemnité pour fracture, blessure, Décès Accidentel, Mutilation ou perte totale d'usage ne sera payable si elle résulte de :

- blessures subies au cours d'un vol, sauf si la personne assurée est un passager d'un vol régulier;
- chirurgie esthétique ou chirurgie électorive, et toute complication qui en résulte;
- traitements expérimentaux et traitements impliquant l'application de nouvelles procédures ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore la pratique courante;
- la participation à un sport pour lequel l'Assurée reçoit une récompense ou une compensation monétaire.

## Âge

Aux fins de la présente Police, l'âge de l'Assuré est l'âge atteint à l'anniversaire de naissance le plus proche au moment de l'émission de la garantie. Si, par erreur ou autrement, l'âge utilisé pour le calcul de la prime est incorrect, tout montant payable par l'Assureur sera ajusté pour refléter l'âge exact.

## Obligation de divulgation

L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire sont tenus de coopérer pleinement avec l'Assureur et doivent divulguer à l'Assureur dans la proposition, lors d'examen médical, le cas échéant, et dans une déclaration écrite ou une réponse donnée à titre de preuve d'assurabilité, tous les faits dont ils ont connaissance et qui sont essentiels à l'assurance et ne sont pas déclarés par l'autre. L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire doivent également signer tout formulaire ou autre document permettant à l'Assureur d'obtenir tout renseignement pertinent.

Sous réserve des articles ayant trait à l'incontestabilité et à l'âge, l'omission de divulguer ou la déclaration inexacte portant sur un tel fait rendent le contrat annulable par l'Assureur.

## Incontestabilité

En l'absence de fraude, l'Assureur ne peut annuler ou réduire une garantie en vigueur depuis deux (2) ans ou qui a été remise en vigueur depuis plus de deux (2) ans en raison d'une fausse déclaration ou d'une dissimulation du risque. Toutefois, cette disposition ne s'applique pas à une demande de règlement pour une maladie grave couverte dont les premiers signes et symptômes apparaissent avant que la garantie ne soit en vigueur pendant deux (2) ans.

## Résiliation de la police et de ses garanties

Sauf stipulation contraire dans une garantie donnée, la présente police et ses garanties prennent fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle une prestation pour Maladie Grave est versée au titre de cette couverture;
- La date de résiliation de la présente Police, comme indiqué dans le Tableau des Prestations et des Primes;
- La date à laquelle l'Assureur reçoit une demande écrite du Propriétaire indiquant qu'il désire mettre fin au présent contrat ou la date stipulée dans cette demande si cette date est postérieure à la date de réception par l'Assureur;
- La date d'expiration du délai de grâce pour le paiement des primes;
- La date de l'anniversaire de la Police la plus proche du vingt-cinquième (25e) anniversaire de naissance de l'Assuré;
- La date du décès de l'Assuré.

## Remise en vigueur de la Police

Si la présente Police est résiliée parce que la Prime n'a pas été payée, elle peut être remise en vigueur dans les quatre vingt dix (90) ans suivant la date de résiliation, à condition que le Propriétaire demande la remise en vigueur, établisse l'assurabilité de l'assuré à la satisfaction de l'Assureur et paie les primes impayées. Les périodes liées à l'incontestabilité et au suicide s'appliquent de nouveau à compter de la date de la dernière remise en vigueur. Lorsque la Police est remise en vigueur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'annulation, aucune preuve d'assurabilité n'est requise.

## Changement de bénéficiaire

Sous réserve des lois applicables, le Propriétaire peut à tout moment désigner, modifier ou révoquer une désignation de Bénéficiaire qui n'est pas une désignation irrévocable de bénéficiaire. Pour qu'un changement de Bénéficiaire soit reconnu, l'Assureur doit recevoir un avis écrit de ce changement.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de la désignation d'un bénéficiaire ou de tout changement de Bénéficiaire.

## Devise Légale

Tout paiement en vertu des dispositions de la présente Police sera effectué dans la monnaie légale du Canada.

## Droit d'annulation

Le Propriétaire peut annuler la présente Police dans les quinze (15) jours suivant la date à laquelle il l'a reçue ou dans les soixante (60) jours suivant la date d'émission de la Police au Propriétaire, selon la première de ces éventualités, à condition d'en aviser l'Assureur au préalable auquel cas toute prime payée pour la Police sera remboursée.

## Conformité à la loi

Toute disposition de la Police qui, à la date d'entrée en vigueur, n'est pas conforme à la législation de la province ou du territoire où la Police a été émise est modifiée de manière à satisfaire aux exigences minimales de cette législation.

## Dispositions générales

Les exclusions, limitations et Dispositions générales s'appliquent à la Police ainsi qu'à toutes les garanties lorsqu'elles sont pertinentes.

Certaines garanties contiennent des exclusions et des limitations spécifiques à ces garanties. Ces exclusions et limitations s'appliquent en complément des exclusions et limitations des Dispositions Générales.

## Avis et preuve de réclamation

Toutes les demandes de règlement doivent être faites par écrit et soumises à l'Assureur dans les trente (30) jours suivant la date de l'Accident, de la Maladie ou de l'Invalidité donnant lieu à une demande de règlement en vertu de la présente Police.

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur peut, si la loi applicable le permet, exiger une autopsie et tout manquement à cette demande donnera à l'Assureur des motifs pour refuser le paiement de la prestation.

L'Assuré, le Propriétaire et le Bénéficiaire sont tenus de collaborer pleinement avec l'Assureur en lui fournissant tous les renseignements qu'il peut exiger et en signant tout formulaire ou autre document permettant d'obtenir des renseignements qu'il juge pertinents.

Le Propriétaire ou toute personne ayant le droit de présenter une demande de règlement doit fournir à l'Assureur tous les documents qu'il peut exiger dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à une demande de règlement.

En cas de défaut d'avis ou de preuve dans les délais prescrits, l'Assuré, le Propriétaire ou le Bénéficiaire, selon le cas, n'a pas droit de recevoir des prestations, à l'égard de la réclamation en question, pour la période précédant la date à laquelle l'Assureur reçoit effectivement cette preuve.

Le Propriétaire doit aviser l'Assureur de tout changement d'adresse afin de faciliter la correspondance et la transmission de tout document.

## Règlement en vertu de la police

Le capital décès est versé au Bénéficiaire désigné dans la proposition ou dans tout autre document remis ultérieurement à l'Assureur par le Propriétaire.

Si le Propriétaire n'a pas désigné de Bénéficiaire, le capital-décès sera versé au Propriétaire ou à sa succession.

## Remboursement

Aucun chèque de remboursement de primes ne sera émis pour des montants inférieurs à vingt dollars (20 \$).