

GO SUN LIFE

**Votre guide des
définitions des
maladies graves de
l'Assurance maladies
graves express**

La vie est plus radieuse sous le soleil

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est l'assureur
et est membre du groupe Sun Life.



Votre guide des définitions des maladies graves de l'assurance maladies graves EXPRESS

Ce guide des définitions des maladies graves vous aidera à comprendre les maladies, les affections et les interventions couvertes par votre contrat d'Assurance maladies graves (AMG) express. Il définit chacune des maladies, des affections et des interventions couvertes et donne une explication de ces définitions. Il indique également les exclusions liées à certaines affections et les périodes de survie à respecter.

Dans ce guide, le terme spécialiste désigne un médecin qui détient un permis d'exercice et a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. S'il est impossible de consulter un spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié sous réserve de notre approbation.

Ce guide sert de référence seulement et il ne remplace pas le modèle de contrat. La Financière Sun Life ne versera pas de prestation pour les maladies, troubles ou interventions chirurgicales qui ne sont pas définis au titre du contrat/de la couverture. En ce qui concerne l'Assurance maladies graves express, les dispositions, conditions, restrictions et exclusions qui régissent la couverture sont exposées dans votre contrat d'assurance établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Votre contrat d'assurance maladies graves :

- définit les maladies, les affections et les interventions couvertes par l'assurance,
- précise les conditions exactes à remplir pour recevoir la prestation d'assurance maladies graves, et
- comprend une disposition relative aux maladies préexistantes et explique de quelle façon elle s'applique à la garantie Maladies graves pour enfant (si cette garantie a été demandée dans la proposition).*

Veillez lire le modèle de contrat attentivement. Pour obtenir un modèle de contrat, veuillez visiter le www.sunlife.ca/AMGexpress ou téléphoner au 1-877-893-9893.

Les maladies, les affections et les interventions qui ne sont pas explicitement mentionnées ou qui ne répondent pas aux conditions énoncées ne sont pas couvertes. Toutes les maladies, les affections ou les interventions doivent correspondre à la description donnée dans le contrat. Seules celles qui correspondent à la description donnée dans votre contrat sont couvertes.

Si votre contrat a pris fin parce qu'il est tombé en déchéance, vous pouvez demander sa remise en vigueur si la personne assurée est en vie et n'a pas eu de maladie grave couverte ni présenté de signes ou de symptômes d'une maladie grave couverte. Ce processus s'appelle la remise en vigueur.

Si vous voulez remettre votre contrat en vigueur, vous devez :

- en faire la demande dans les 2 ans qui suivent la date à laquelle le contrat a pris fin;
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité que nous jugeons satisfaisantes;
- verser un paiement égal aux frais de remise en vigueur, dont nous déterminons le montant.

*Aucune prestation n'est versée pour une maladie grave couverte qui s'est déclarée dans les 12 mois suivant la date du contrat indiquée à la page des Particularités du contrat, et qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles, au cours des 12 mois précédant la date d'échéance du contrat :

- la personne assurée a présenté des symptômes;
- la personne assurée a consulté un médecin ou un autre praticien et a reçu des soins, des conseils ou des traitements liés à la santé;
- une personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause ou souffrant de la maladie ou de l'affection en cause, ou présentant les symptômes en cause, aurait consulté un médecin ou un autre praticien.

Maladies graves couvertes

	● de base	● étendue	● extra
Affections couvertes	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer • Crise cardiaque (infarctus du myocarde) • Accident vasculaire cérébral 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer • Crise cardiaque (infarctus du myocarde) • Accident vasculaire cérébral • Chirurgie de l'aorte • Chirurgie coronarienne • Transplantation d'organe majeur • Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente
Conditions relatives à l'âge	<ul style="list-style-type: none"> • Être âgé de 18 à 65 ans au moment de la souscription du contrat 	<ul style="list-style-type: none"> • Être âgé de 18 à 65 ans au moment de la souscription du contrat 	<ul style="list-style-type: none"> • Être âgé de 18 à 65 ans au moment de la souscription du contrat
Montant de la couverture	<ul style="list-style-type: none"> • 25 000 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 000 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 000 \$ • 5 000 \$ (pour un enfant)
Avantages complémentaires			<ul style="list-style-type: none"> • Garantie de taux pour les 5 premières années • Protection contre l'inflation • Experts médicaux de Teladoc* – si vous êtes atteint d'une maladie grave et que vous avez besoin de médecins spécialistes ou de centres de soins renommés, Experts médicaux de Teladoc vous met en contact avec un médecin de réputation mondiale, spécialiste du domaine qui vous concerne. Ce dernier confirmera le diagnostic que vous avez reçu et vous renseignera sur les meilleures options de traitement qui existent • Possibilité d'ajouter jusqu'à 5 enfants pour 2,50 \$ par mois : chaque enfant aura une couverture de 5 000 \$



Cancer



Le cancer est défini comme le diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'entrée en vigueur du contrat.

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour les types suivants de cancer ne mettant pas la vie en danger :

- carcinome in situ;
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période d'exclusion de 90 jours pour le cancer :

Aucune prestation n'est payable relativement au cancer et la couverture de la personne assurée en ce qui concerne le cancer prendra fin si dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date de la dernière signature de la proposition de ce contrat,;
- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de ce contrat), sans égard à la date du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de ce contrat).

Si la couverture de la personne assurée relative au cancer prend fin, la couverture prévue pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure toutefois en vigueur.

Obligation de déclarer un cancer

Vous devez nous informer si, au cours des 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes ce contrat), sans égard à la date du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de ce contrat).

Il faut nous communiquer les renseignements susmentionnés dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation pour ce qui suit :

- cancer,
- toute maladie grave causée par un cancer, ou
- toute maladie grave causée par le traitement d'un cancer.

Il y a un formulaire spécial à remplir pour nous fournir ces renseignements. Appelez-nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat pour obtenir le formulaire approprié. Vous devez faire votre déclaration par écrit sur ce formulaire.

Fin de l'assurance couvrant le cancer

Nous mettrons fin à l'assurance couvrant le cancer et nous ne verserons pas de prestation si, au cours des 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes ce contrat), sans égard à la date du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de ce contrat).

L'assurance couvrant toutes les autres maladies graves demeurera en vigueur à condition que la maladie grave dont souffre la personne assurée ne résulte pas directement ou indirectement d'un cancer ou du traitement d'un cancer.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

La crise cardiaque (infarctus du myocarde) est définie comme le diagnostic formel de nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque;
- modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; ou
- apparition d'ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

La crise cardiaque ne comprend pas :

- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence d'onde Q, ou
- la découverte de changements à l'ECG indiquant un infarctus ancien du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée ci-dessus.

Accident vasculaire cérébral

Un accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- accident vasculaire intracérébral causé par un trauma; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée ci-dessus.

Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte et qui nécessite l'excision de l'aorte et son remplacement par greffon. Par « aorte », on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Chirurgie coronarienne

La chirurgie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale au coeur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire, à l'exclusion de toute intervention non chirurgicale ou utilisant un cathéter, comme l'angioplastie percutanée ou la désobstruction au laser.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente

La transplantation d'un organe vital sur liste d'attente est définie comme le diagnostic formel d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à l'insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et où s'effectue la forme de transplantation requise.

La date du diagnostic est la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de transplantation.

Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Transplantation d'organe majeur

La transplantation d'un organe vital est définie comme le diagnostic formel d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit se limiter à ces organes.

Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.

Garanties complémentaires

Services d'Experts médicaux de Teladoc^{MD*} – Vous, votre conjoint, les enfants à votre charge, vos parents et vos beaux-parents pouvez accéder aux précieux services d'Experts médicaux de Teladoc à tout moment pendant la durée du contrat. Vous pouvez en effet obtenir des réponses à toutes vos questions d'ordre médical (elles n'ont pas besoin d'être liées à une affection couverte par votre contrat). De plus, si vous tombez gravement malade, vous serez mis en contact avec un expert réputé qui examinera votre diagnostic et votre plan de traitement et vous fournira des recommandations. En fait, vous continuez d'avoir accès à ces services jusqu'à 4 mois après avoir reçu le montant prévu par l'assurance.

Garantie Maladies graves pour enfant

Cette garantie complémentaire s'applique uniquement aux maladies graves prévues par la garantie Maladies graves pour enfant et à la prestation payable indiquée dans la garantie. Les maladies, les affections ou les interventions qui ne sont pas explicitement mentionnées ne sont pas couvertes. Pour qu'une prestation d'assurance maladies graves pour enfant puisse être versée, toutes les exigences relatives à une maladie grave couverte doivent être remplies et le présent contrat doit être en vigueur.

Le diagnostic et le traitement de toute maladie grave couverte par l'assurance doivent être faits par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada et exerçant sa profession au Canada. Un spécialiste est un médecin qui détient un permis d'exercice et a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. S'il est impossible de consulter un médecin spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié pratiquant au Canada.

Le diagnostic, le traitement, les tests ou examens effectués afin de satisfaire à la définition de la maladie grave couverte ne peuvent être effectués par un spécialiste ou un professionnel de la médecine qui est :

- le propriétaire du contrat,
- une personne assurée par le contrat,
- une personne qui a le droit de faire une demande de règlement aux termes de ce contrat,
- un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de ces personnes,
- ou une personne qui réside normalement au domicile de l'enfant assuré.

Chaque définition de maladie grave couverte comporte une période de survie. L'enfant assuré doit être en vie à la fin de cette période.

Le nom de l'enfant assuré par cette garantie, la date du contrat et le montant de la garantie Maladies graves pour enfant sont indiqués à la page des **Particularités du contrat**.

Nous versons une prestation si l'enfant assuré a une maladie grave couverte par la garantie Maladies graves pour enfant, comme nous l'avons expliqué plus haut dans le présent contrat. Vous ou vos ayants droit êtes le bénéficiaire de cette prestation, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

Si l'enfant assuré remplit les conditions relatives à une maladie grave couverte, nous verserons la prestation une seule fois. Le montant que nous payons s'établit comme suit :

- la prestation prévue par la garantie Maladies graves pour enfant à la date à laquelle la prestation est payable,
- moins, s'il y a lieu, les primes impayées augmentées de l'intérêt couru jusqu'à la date où la prestation devient payable.

La couverture de l'enfant prend fin à la date à laquelle nous versons la prestation pour son compte.

Disposition relative aux maladies préexistantes

Aucune prestation ne sera versée pour une maladie grave couverte qui s'est déclarée dans les 12 mois de la date du contrat qui est indiquée à la page des Particularités du contrat et qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour les quelles, au cours des 12 mois précédents la date du contrat :

- l'enfant assuré a présenté des symptômes,
- l'enfant assuré a consulté un médecin ou un autre praticien et a reçu des soins, des conseils ou des traitements liés à la santé,
- ou un parent raisonnablement prudent dont l'enfant aurait subi la blessure en cause ou souffert de la maladie ou de l'affection en cause, ou présenté les symptômes en cause aurait consulté un médecin ou un autre praticien.

Cas où nous ne versons pas de prestation d'assurance maladies graves (exclusions et réductions de la garantie)

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou liée au fait que l'enfant assuré conduisait un véhicule alors qu'il avait un taux d'alcool dans le sang supérieur à 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang. On entend par véhicule tout appareil de transport terrestre, aérien ou maritime qu'on peut mettre en mouvement par un moyen quelconque, y compris la force musculaire. Nous ne tenons pas compte du fait que le véhicule était en mouvement ou non.

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou liée au fait que l'enfant assuré :

- commettait ou tentait de commettre une infraction criminelle,
- s'est donné la mort ou a tenté de se donner la mort, qu'il ait été sain d'esprit ou non,
- s'est infligé des blessures corporelles, qu'il ait été sain d'esprit ou non,
- a pris intentionnellement une drogue ou un médicament qui n'a pas été prescrit par un professionnel de la santé autorisé ou n'a pas suivi les directives d'utilisation,
- a pris intentionnellement une substance intoxicante, un narcotique ou une substance toxique. Cela ne comprend pas les cigarettes, les cigarillos ou les cigares, ni la consommation occasionnelle d'alcool.

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou liée à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non.

Fin de la garantie

Pour un enfant assuré, la garantie prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- l'anniversaire du contrat qui suit son 18^e anniversaire de naissance;
- la date à laquelle la prestation prévue par la garantie est versée;
- la date de son décès;
- la date d'expiration de la garantie, qui est indiquée à la page des Particularités du contrat;
- la date à laquelle votre contrat prend fin.

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente garantie après la date à laquelle votre contrat prend fin.

Maladies graves couvertes au titre de la garantie

Maladies graves pour enfant

Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte et qui nécessite l'excision de l'aorte et son remplacement par greffon. Par «aorte», on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Cancer

Le cancer est défini comme le diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'entrée en vigueur du contrat.

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour les types suivants de cancer ne mettant pas la vie en danger :

- carcinome in situ;
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
- ou cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période d'exclusion de 90 jours pour le cancer :

Aucune prestation n'est payable relativement au cancer, et la couverture de l'enfant assuré en ce qui concerne le cancer prendra fin si, dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date de la dernière signature de la proposition de ce contrat,
- la date du contrat,
- ou la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

l'enfant assuré :

- a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

Si la couverture de l'enfant assuré relative au cancer prend fin, la couverture prévue pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure toutefois en vigueur.

Obligation de déclarer un cancer

Vous devez nous informer si, au cours des 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date du contrat,
- ou la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

l'enfant assuré :

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

Il faut nous communiquer les renseignements susmentionnés dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour ce qui suit :

- un cancer,
- toute maladie grave causée par un cancer,
- ou toute maladie grave causée par le traitement d'un cancer.

Il y a un formulaire spécial à remplir pour nous fournir ces renseignements. Appelez-nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat pour obtenir le formulaire approprié. Vous devez faire votre déclaration par écrit sur ce formulaire.

Fin de l'assurance couvrant le cancer

Nous mettrons fin à l'assurance couvrant le cancer et nous ne verserons pas de prestation si, au cours des 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date du contrat,
- ou la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat,

l'enfant assuré :

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

La couverture de toutes les autres maladies graves demeurera en vigueur à condition que la maladie grave dont souffre l'enfant assuré ne résulte pas directement ou indirectement d'un cancer ou du traitement d'un cancer.

Chirurgie coronarienne

La chirurgie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale au coeur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire, à l'exclusion de toute intervention non chirurgicale ou utilisant un cathéter, comme l'angioplastie percutanée ou la désobstruction au laser.

Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque;
- de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;
- ou l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

La crise cardiaque ne comprend pas :

- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence d'onde Q,
- ou la découverte de changements à l'ECG indiquant un infarctus ancien du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée ci-dessus.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente

La transplantation d'un organe vital sur liste d'attente est définie comme le diagnostic formel d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, l'enfant assuré doit être inscrit comme receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de transplantation requise.

La date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de l'enfant assuré à un tel centre de transplantation.

Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Transplantation d'un organe vital

La transplantation d'un organe vital est définie comme le diagnostic formel d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'un organe vital, l'enfant assuré doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit se limiter à ces organes.

Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.

Un accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

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

qui persistent pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste. L'enfant assuré doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée ci-dessus.

Des questions? Nous sommes là pour vous aider.

Appelez au numéro sans frais pour parler à un conseiller en services financiers¹ autorisé, en composant le 1-844-528-0583, entre 8 h et 20 h (heure de l'Est), du lundi au vendredi.

*Personnes portant le titre de conseiller en sécurité financière au Québec.

© Teladoc Health, Inc. 2021. Tous droits réservés. Teladoc, Experts médicaux de Teladoc et le logo de Teladoc sont des marques de commerce de Teladoc Health, Inc., et ne peuvent pas être utilisées sans autorisation écrite.

© Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, 2021.
ra-expressci-guidetodefinitions-brochure-f-1221

