

Assurance maladies graves Sun Life - à vie

- période de paiement des primes : 10 années de contrat
 - Remboursement des primes à l'expiration
 - Remboursement des primes au décès

Numéro du contrat : AV-1234,567-8

Propriétaire du contrat : Jim Doe

SPÉCIMEN

Nous fournissons le texte suivant exclusivement pour que vous puissiez vous y reporter facilement. Il ne doit pas être considéré ni interprété comme étant un contrat ou une promesse de contrat. Nous apportons régulièrement des changements au texte de nos contrats et il est donc possible que ce spécimen ne reflète pas le texte du contrat qui pourrait être établi pour votre client. Les termes du contrat effectivement établi pour un client donné régissent nos relations avec le client.

SPÉCIMEN

Table des matières

Sommaire du contrat	4
Tableau des primes garanties	6
Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours.....	7
Contestation du contrat	7
Cas où une prestation d'assurance maladies graves est payable	8
Paiement d'une prestation pour une maladie grave qui donne droit à une prestation complète (Groupe 1)	8
Paiement d'une prestation pour une maladie grave qui donne droit à une prestation partielle (Groupe 2)	8
Exclusions (cas où une prestation d'assurance maladies graves n'est pas payable).....	8
Maladies graves couvertes par l'assurance.....	9
Maladies graves qui donnent droit à une prestation complète (Groupe 1).....	9
Maladies graves qui donnent droit à une prestation partielle (Groupe 2).....	22
Pour présenter une demande de règlement d'assurance maladies graves.....	24
Si une maladie a commencé ou a été diagnostiquée pendant que la personne assurée était à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.....	25
Paiement de votre contrat.....	26
Pour demander la réduction du montant de la prestation d'assurance maladies graves.....	27
Droit de résilier le présent contrat.....	27
Fin du contrat.....	28
Autres renseignements sur votre contrat.....	29
Termes utilisés en assurance.....	29
Conditions légales.....	30
Remboursement des primes à la résiliation - 35 ans.....	32
Remboursement des primes au décès.....	32

Sommaire du contrat

Dans le présent document, *vous* désigne le propriétaire du présent contrat. *Nous* et *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Votre contrat a été établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Il est important que vous lisiez attentivement votre contrat. Il présente ce qui est payable au titre des garanties et indique les exclusions et les restrictions. Les termes courants du domaine de l'assurance sont expliqués sous le titre *Termes utilisés en assurance*.

Contrat : **Assurance maladies graves Sun Life - à vie**

Numéro du contrat : AV-1234,567-9

Date du contrat : Le 2 octobre 2017

Propriétaire du contrat : Jim Doe
Date de naissance : le 15 février 1978
Âge le plus proche à la date du contrat : XX ans
Aucun propriétaire en sous-ordre n'a été nommé dans votre proposition. Si vous voulez en nommer un, vous devez nous aviser par écrit.

Personne assurée : John Doe
Date de naissance : le 1 mars 2015
Âge le plus proche à la date du contrat : XX ans

Toute prestation d'assurance maladies graves payable est versée au bénéficiaire de l'assurance maladies graves nommé dans votre proposition, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

Le montant de primes remboursables à la résiliation du présent contrat est versé au propriétaire du contrat.

Tout montant de primes remboursables au décès est versé à la personne nommée dans votre proposition comme bénéficiaire du remboursement des primes au décès, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

Le présent contrat n'est pas un contrat avec participation. Il ne vous donne pas le droit de recevoir des participations.

Sommaire du contrat (suite)

Assurance maladies graves Sun Life - à vie

Prestation d'assurance maladies graves

Personne assurée :

John Doe

Montant de la prestation :

XXX XXX \$

Le montant que nous versons pour une maladie grave qui donne droit à une prestation complète (Groupe 1) et à une prestation partielle (Groupe 2) est expliqué plus loin.

Période de paiement des primes :

10 années de contrat

Garanties facultatives

Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration :

Nous versons le montant de primes remboursables si vous résiliez le présent contrat à une certaine date ou après cette date ou lorsque le présent contrat prend fin, comme nous l'expliquons plus loin.

Remboursement des primes au décès :

Nous versons le montant de primes remboursables si la personne assurée décède pendant que le présent contrat est en vigueur, comme nous l'expliquons plus loin.

SPÉCIFIQUEMENT

Tableau des primes garanties

Vous devez payer toutes les primes pour le présent contrat d'ici la date d'échéance des primes.

Les primes sont payables chaque mois, le 2 du mois, à compter du 2 octobre XXXX.
La prime mensuelle initiale totale pour ce contrat est de XXX,XX \$.

Si le paiement est fait sur une base annuelle, la prime annuelle initiale totale pour ce contrat est de XXX,XX \$.

Si ce contrat est toujours en vigueur, nous cesserons de facturer les primes le 2 octobre XXXX.

La prime mensuelle est indiquée dans la dernière colonne du tableau suivant. Pour obtenir la prime mensuelle, nous multiplions la prime annuelle applicable par 0,09. Les colonnes numérotées indiquent la prime annuelle applicable à l'assurance maladies graves et aux garanties facultatives, si elles font partie du contrat.

- (1) Assurance maladies graves
- (2) Garantie(s) Remboursement des primes

À compter du	(1)	(2)	Prime mensuelle (\$)
2 oct. XXXX	XXX,XX	XX,XX	XXX,XX
2 oct. XXXX	XXX,XX	XX,XX	XXX,XX
2 oct. XXXX	assurance libérée		

F14000A

Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours

Vous pouvez nous demander par écrit d'annuler votre contrat à la première des dates suivantes :

- dans les 10 jours suivant la date où vous l'avez reçu;
- dans les 60 jours suivant l'établissement du contrat.

Nous considérons que vous avez reçu votre contrat 5 jours après son expédition de notre bureau par la poste ou le jour où votre conseiller vous l'a livré.

Lorsque nous recevons votre demande par écrit, nous vous rembourserons le montant que vous aviez payé. Cela constitue une «résolution de contrat».

La décision d'annuler votre contrat est un droit personnel; il vous appartient en propre. Lorsque nous recevons votre demande d'annulation de contrat, toutes les obligations et les responsabilités que nous avons assumées au titre du présent contrat prennent fin immédiatement. L'annulation vous lie ainsi que toute personne qui a le droit de présenter une demande de règlement au titre du présent contrat, que ce droit soit révocable ou irrévocable.

Pour annuler votre contrat, envoyez votre demande par écrit à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

F14005A

Contestation du contrat

Les dispositions sur l'incontestabilité prévues dans les lois sur les assurances des provinces ou territoires s'appliquent au présent contrat.

Délai s'appliquant à la contestabilité

Nous ne pouvons pas contester la validité du contrat lorsqu'il a été continuellement en vigueur pendant 2 ans à compter de la date où il est pris effet ou de la date de sa dernière remise en vigueur, selon la plus récente de ces dates. Si le contrat est modifié en vue d'augmenter ou de modifier une garantie ou d'améliorer une surprime, nous ne pouvons pas contester la validité de la modification lorsqu'elle a été continuellement en vigueur pendant 2 ans à compter de la date où elle a pris effet ou de la date de la dernière remise en vigueur du contrat, selon la plus récente de ces dates.

Exception au délai s'appliquant à la contestabilité

Nous pouvons contester la validité du contrat ou d'une modification n'importe quand en cas de fraude ou dans les situations mettant en cause une garantie en cas d'invalidité.

Cas où une prestation d'assurance maladies graves est payable

Nous versons une prestation d'assurance maladies graves si le présent contrat est en vigueur et si toutes les exigences relatives à une maladie grave qui donne droit à une prestation complète (Groupe 1) ou à une prestation partielle (Groupe 2) telles que définies sous le titre *Maladies graves couvertes par l'assurance* sont remplies. Si nous versons une prestation, elle est versée au bénéficiaire de l'assurance maladies graves que vous avez nommé dans votre proposition, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

Avant de verser une prestation, nous devons vérifier la date de naissance de la personne assurée. Si la date de naissance indiquée dans la proposition est inexacte, nous rajustons le montant de la prestation pour qu'il corresponde au montant qui aurait été payable en fonction des primes payées et de la date de naissance véritable.

Paiement d'une prestation pour une maladie grave qui donne droit à une prestation complète (Groupe 1)

Si la personne assurée remplit les exigences relatives à une maladie grave qui donne droit à une prestation complète (Groupe 1), nous versons la prestation une seule fois et le présent contrat prend fin. Nous déterminons le montant de la prestation pour une maladie grave à la date à laquelle la prestation est payable. Le montant que nous payons est :

- le montant de la prestation d'assurance maladies graves en vigueur ou le montant de primes remboursables au titre de la garantie *Remboursement des primes à la résiliation*, selon le montant le plus élevé;
- **plus**, s'il y a lieu, le solde du compte de primes remboursable;
- **moins** toute prime impayée, intérêts compris.

Paiement d'une prestation pour une maladie grave qui donne droit à une prestation partielle (Groupe 2)

Si la personne assurée remplit les exigences relatives à une maladie grave qui donne droit à une prestation partielle (Groupe 2), nous versons une prestation. Pour chaque demande de règlement, nous payons le moins élevé des montants suivants :

- 15 % de la prestation d'assurance maladies graves à la date où la prestation devient payable;
- 50 000 \$.

Un maximum de 4 prestations partielles peut être versé, à condition que chaque demande de règlement concerne une maladie couverte différente du Groupe 2.

Le montant que nous versons est réduit des primes impayées, s'il y a lieu, y compris l'intérêt couru sur ces primes jusqu'à la date où la prestation devient payable.

Si nous versons une prestation pour une maladie grave qui donne droit à une prestation partielle (Groupe 2), toutes les maladies graves qui donnent droit à une prestation complète (Groupe 1) demeurent couvertes par l'assurance. Le montant de la prestation d'assurance maladies graves et le montant de primes remboursables ne sont pas réduits du montant de la prestation partielle versée.

Exclusions (cas où une prestation d'assurance maladies graves n'est pas payable)

En plus des exclusions décrites sous le titre *Maladies graves couvertes par l'assurance*, nous indiquons ci-après les cas où nous ne versons pas de prestation d'assurance maladies graves.

Nous ne versons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou liée au fait que la personne assurée conduisait ou manoeuvrait un véhicule alors qu'elle avait un taux d'alcool dans le sang supérieur à 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang. Le mot «véhicule» désigne tout appareil de transport terrestre, aérien ou maritime qu'il est possible de 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 versons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou liée au fait que la personne assurée :

- a commis ou a tenté de commettre une infraction criminelle;
- s'est donné ou a tenté de se donner la mort, qu'elle ait ou non souffert d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non compris ou voulu les conséquences de ce geste;
- s'est infligé des blessures corporelles, qu'elle ait ou non souffert d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non compris ou voulu les conséquences de ce geste;
- a pris un médicament ou une drogue, sauf si elle a pris le médicament ou la drogue comme l'avait prescrit un professionnel de la santé autorisé;
- a inhalé ou absorbé une substance toxique, volontairement ou non;
- a inhalé n'importe quel genre de gaz, volontairement ou non.

Nous ne versons 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.

[F21235A](#)

Maladies graves couvertes par l'assurance

La personne assurée est couverte pour les maladies graves suivantes qui donnent droit à une prestation complète (Groupe 1) et à une prestation partielle (Groupe 2). Une période de survie s'applique pour certaines maladies graves. Pour satisfaire à cette exigence, la personne assurée doit être en vie à la fin de la période de survie de la maladie grave couverte. Lorsqu'aucune période de survie ne s'applique à la maladie, la personne assurée doit être en vie au moment où le diagnostic est établi. Pour avoir droit au versement d'une prestation d'assurance maladies graves, il faut répondre à toutes les conditions de la définition de la maladie grave couverte.

La couverture pour la tumeur cérébrale bénigne et le cancer comporte une restriction que nous appelons le *délai d'attente de 90 jours*. Au titre de ce délai d'attente, vous avez la responsabilité de nous communiquer tout renseignement concernant ces maladies afin que d'autres maladies graves couvertes ne soient pas exclues de la couverture. Nous expliquons cette responsabilité dans les définitions de tumeur cérébrale bénigne et de cancer.

La couverture pour la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques comporte une restriction que nous appelons le *délai d'attente d'un an*. Au titre de ce délai d'attente, vous avez la responsabilité de nous communiquer tout renseignement concernant cette maladie afin que d'autres maladies graves couvertes ne soient pas exclues de la couverture. Nous expliquons cette responsabilité dans la définition de la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques.

Maladies graves qui donnent droit à une prestation complète (Groupe 1)

Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC) avec déficits neurologiques persistants est défini comme le diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, 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 consécutifs après la date d'établissement du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés 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 persistants.

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

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être détectables par un médecin et peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :

- perte mesurable de l'ouïe
- perte objective de la sensibilité
- paralysie
- faiblesse localisée
- dysarthrie (difficulté de prononciation)
- dysphasie (difficulté de langage)
- dysphagie (difficulté à avaler)
- perte mesurable de la vision
- démarche anormale (difficulté à marcher)
- manque d'équilibre
- manque de coordination
- apparition de convulsions qui sont en cours de traitement
- déclin mesurable de la fonction neurocognitive.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

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

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.

Anémie aplasique

L'anémie aplasique est définie comme le diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une défaillance 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;
- greffe de la moelle osseuse.

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

Brûlures graves

Les brûlures graves sont définies 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.

Cancer

Le cancer est défini comme un diagnostic formel d'une 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 d'histopathologie ou par des tests pathologiques appropriés dans le cas de tumeurs non solides.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de noeuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- 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 cm et qui est au stade T1, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- 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.

Aux fins du contrat, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). Aux fins du contrat, le terme « 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).

Délai d'attente de 90 jours pour un cancer

Aucune prestation n'est payable au titre d'un cancer si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le présent contrat;
- date du contrat indiquée dans le *Sommaire du contrat*;
- date de la dernière remise en vigueur du présent contrat;

la personne assurée :

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

Obligation de nous informer d'un cancer

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'un cancer, sans égard à la date du diagnostic.

- Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour cancer est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.
- Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave couverte causée par un cancer ou son traitement.

Pour nous aviser, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir.

Cardiopathie congénitale

La couverture de cette maladie prend fin au 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

La cardiopathie congénitale est définie comme le diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques suivantes couvertes.

Affections cardiaques couvertes par l'assurance :

- Coarctation de l'aorte
- Maladie d'Ebstein
- Syndrome d'Eisenmenger
- Tétralogie de Fallot
- Transposition des gros vaisseaux

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée;
- être posé par un spécialiste; et
- être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables.

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

La cardiopathie congénitale couvre également les affections cardiaques décrites ci-dessous pour lesquelles une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée afin d'y remédier.

Affections cardiaques couvertes par l'assurance si une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée

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

Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :

- Fermeture percutanée de la communication interauriculaire
- Interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un spécialiste et la chirurgie doit :

- être recommandée par un 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 spécialiste.

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Cécité

La cécité est définie comme un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte est définie comme 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. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

Le coma est défini comme le 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 4 ou moins pendant cette période.

Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

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

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

Crise cardiaque

La crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) est définie comme le diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques 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 coronarographie ou d'une angioplastie.

Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) 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 :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

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

La défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe est définie comme le diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation relative à la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise.

La date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de la personne assurée dans un centre de transplantation.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

La démence, y compris maladie d'Alzheimer est définie comme le diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

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

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un minixamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

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

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

Diabète sucré de type 1

La couverture de cette maladie prend fin au 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Le diabète sucré de type 1 est défini comme un diagnostic formel de diabète sucré de type 1 qui se manifeste chez la personne assurée par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins 3 mois consécutifs.

Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et
- être posé par un spécialiste.

Dystrophie musculaire

La couverture de cette maladie prend fin au 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

La dystrophie musculaire est définie comme un diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez la personne assurée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et, une biopsie musculaire ou d'autres tests que nous jugeons acceptables pour confirmer le diagnostic.

Le diagnostic de dystrophie musculaire doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et
- être posé par un spécialiste.

Fibrose kystique

La couverture de cette maladie prend fin au 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

La fibrose kystique est définie comme un diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la personne assurée par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Le diagnostic de fibrose kystique doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et
- être posé par un spécialiste.

Greffe d'un organe vital

La greffe d'un organe vital est définie comme une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Infection à VIH contractée au travail

L'infection à VIH contractée au travail est définie comme un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le présent contrat;
- date du contrat indiquée dans le *Sommaire du contrat*;
- date de la dernière remise en vigueur du présent contrat.

La prestation relative à cette affection n'est payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- la blessure accidentelle doit nous être signalée dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

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

Exclusions

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

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

Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est définie 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.

Lésion cérébrale acquise due à un traumatisme externe

La lésion cérébrale acquise due à un traumatisme externe est définie comme le diagnostic formel de nouveaux dommages aux tissus du cerveau dus à une blessure traumatique à la tête entraînant un nouveau déficit neurologique qui :

- découle d'un traumatisme externe suffisamment grave pour inciter la personne assurée à consulter un médecin dans la semaine suivant le traumatisme;
- est présent et peut être constaté à l'examen clinique;
- est corroboré par les résultats anormaux d'examen d'imagerie cérébrale par résonance magnétique (IRM) ou par tomographie par ordinateur (TDM) qui viennent confirmer le traumatisme cérébral; et
- persiste pendant plus de 180 jours consécutifs suivant la date du diagnostic.

Le diagnostic de lésion cérébrale acquise due à un traumatisme externe doit être posé par un spécialiste.

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être détectables par un médecin et peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :

- perte mesurable de l'ouïe
- perte objective de la sensibilité
- paralysie
- faiblesse localisée
- dysarthrie (difficulté de prononciation)
- dysphasie (difficulté de langage)
- dysphagie (difficulté à avaler)
- perte mesurable de la vision
- démarche anormale (difficulté à marcher)
- manque d'équilibre
- manque de coordination
- apparition de convulsions qui sont en cours de traitement
- déclin mesurable de la fonction neurocognitive.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

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

- anomalie décelée par des examens d'imagerie cérébrale sans détérioration clinique correspondante;
- déficit neurologique sans lésion correspondante détectée par des examens d'imagerie;
- commotion cérébrale sans résultats anormaux d'examens d'imagerie.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

La maladie de Parkinson est définie comme le 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;
- tremblement de repos.

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

Le syndrome parkinsonien atypique est défini comme le 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.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour tout autre type de parkinsonisme.

La couverture pour la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques comporte un délai d'attente d'un an.

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » si dans la première année qui suit la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le présent contrat;

- date du contrat indiquée dans le *Sommaire du contrat*;
- date de la dernière remise en vigueur du présent contrat;

la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndromes parkinsoniens atypiques 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 syndromes parkinsoniens atypiques ou de tout autre type de parkinsonisme.

Obligation de nous informer de la maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens atypiques, sans égard à la date du diagnostic :

- Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour maladie de Parkinson ou syndromes parkinsoniens atypiques est exclue en raison du délai d'attente d'un an, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.
- Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou toute maladie grave couverte causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Pour nous aviser, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir.

Maladie du motoneurone

La maladie du motoneurone est définie comme le diagnostic formel d'une des maladies suivantes et se limite à ces maladies :

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

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

Méningite purulente

La méningite purulente est définie comme un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence de bactéries pathogènes doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique généralement accepté sur le plan médical. La méningite purulente doit provoquer des nouveaux déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours consécutifs suivant la date d'établissement du diagnostic.

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

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être détectables par un médecin et peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :

- perte mesurable de l'ouïe
- perte objective de la sensibilité
- paralysie

- faiblesse localisée
- dysarthrie (difficulté de prononciation)
- dysphasie (difficulté de langage)
- dysphagie (difficulté à avaler)
- perte mesurable de la vision
- démarche anormale (difficulté à marcher)
- manque d'équilibre
- manque de coordination
- apparition de convulsions qui sont en cours de traitement
- déclin mesurable de la fonction neurocognitive.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « méningite purulente » dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

La paralysie est définie comme le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins 2 membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Paralysie cérébrale

La couverture de cette maladie prend fin au 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

La paralysie cérébrale est définie comme le diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui affecte le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Le diagnostic de paralysie cérébrale doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et
- être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie

La perte d'autonomie est définie comme le diagnostic formel d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;

- être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Si la personne assurée souffre de perte d'autonomie avant l'anniversaire du contrat le plus proche de son 18^e anniversaire de naissance, vous devrez attendre avant de nous envoyer une demande de règlement pour cette affection. Vous pourrez présenter une demande, au plus tôt, à l'anniversaire du contrat le plus proche du 18^e anniversaire de naissance de la personne assurée. Vous pourrez présenter une demande, au plus tard, à l'anniversaire du contrat le plus proche du 19^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Perte de l'usage de la parole

La perte de l'usage de la parole est définie 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 la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

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

Perte de membres

La perte de membres est définie 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.

Pontage aortocoronarien

Le pontage aortocoronarien est défini comme une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque est défini comme une 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. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques est définie comme le diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

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

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

Surdité

La surdité est définie comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne

La tumeur cérébrale bénigne est définie comme le 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. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des nouveaux 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.

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être détectables par un médecin et peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :

- perte mesurable de l'ouïe
- perte objective de la sensibilité
- paralysie
- faiblesse localisée
- dysarthrie (difficulté de prononciation)
- dysphasie (difficulté de langage)
- dysphagie (difficulté à avaler)
- perte mesurable de la vision
- démarche anormale (difficulté à marcher)
- manque d'équilibre

- manque de coordination
- apparition de convulsions qui sont en cours de traitement
- déclin mesurable de la fonction neurocognitive.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Délai d'attente de 90 jours pour une tumeur cérébrale bénigne

Aucune prestation n'est payable au titre de la tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le présent contrat;
- date du contrat indiquée dans le *Sommaire du contrat*;
- date de la dernière remise en vigueur du présent contrat;

la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

Obligation de nous informer d'une tumeur cérébrale bénigne

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'une tumeur cérébrale bénigne, sans égard à la date du diagnostic.

- Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour tumeur cérébrale bénigne est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.
- Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour une tumeur cérébrale bénigne ou toute maladie grave couverte causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Pour nous aviser, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir.

Maladies graves qui donnent droit à une prestation partielle (Groupe 2)

Angioplastie coronarienne

L'angioplastie coronarienne est définie 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. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de l'intervention.

Cancer

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Le diagnostic de cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1

Le cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire est défini comme le diagnostic formel d'un 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 cm et qui est au stade T1, sans noeuds lymphoïdes ni métastases.

Le diagnostic de cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Carcinome canalaire in situ du sein

Le carcinome canalaire in situ du sein est un cancer non invasif.

Le diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai

La leucémie lymphoïde chronique est définie comme le diagnostic formel d'une leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai.

Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour une lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS).

Aux fins du contrat, le terme « 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).

Mélanome malin au stade 1A

Le mélanome malin au stade 1A est un 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.

Le diagnostic de mélanome malin au stade 1A doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1

Le diagnostic des tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1 doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu. Les tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1 doivent être limitées à l'organe touché et traitées uniquement par intervention chirurgicale.

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

Le diagnostic des tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la définition de l'AJCC doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Aux fins du contrat, 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 (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). Aux fins du contrat, le terme « 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).

Délai d'attente de 90 jours pour un cancer

Aucune prestation n'est payable au titre d'un cancer si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le présent contrat;
- date du contrat indiquée dans le *Sommaire du contrat*;
- date de la dernière remise en vigueur du présent contrat;

la personne assurée :

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

Obligation de nous informer d'un cancer

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'un cancer, sans égard à la date du diagnostic.

- Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour cancer est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.
- Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave couverte causée par un cancer ou son traitement.

Pour nous aviser, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir.

[F21245A](#)

Pour présenter une demande de règlement d'assurance maladies graves

Vous pouvez présenter une demande de règlement si les exigences du présent contrat sont satisfaites. Pour demander le règlement, vous pouvez communiquer avec votre conseiller. Vous pouvez aussi nous appeler au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir pour présenter la demande.

Ce qu'il nous faut

Nous utiliserons le formulaire rempli pour étudier la demande de règlement. De plus, le demandeur devra nous donner accès à ce qui suit :

- la preuve qu'il a le droit de recevoir la prestation;
- la preuve que la personne assurée a contracté une maladie grave couverte pendant que le présent contrat était en vigueur;
- un diagnostic écrit décrivant les particularités de la maladie, ainsi que sa cause;
- les dossiers médicaux complets de la personne assurée.

Le médecin peut exiger des frais pour remplir certains formulaires. Tous les frais facturés doivent être assumés par la personne qui demande le règlement.

Quand il nous le faut

Le contrat doit être en vigueur à la date où vous présentez la demande.

Si la personne assurée souffre de perte d'autonomie avant l'anniversaire du contrat le plus proche de son 18^e anniversaire de naissance:

- vous devez respecter un délai d'attente avant de nous envoyer une demande de règlement pour l'affection.
- vous pourrez présenter une demande, au plus tôt, à l'anniversaire du contrat le plus proche du 18^e anniversaire de naissance de la personne assurée.
- vous pourrez présenter une demande, au plus tard, à l'anniversaire du contrat le plus proche du 19^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Pour toutes les autres maladies graves couvertes, vous devez nous envoyer la demande moins d'un an après la date où la personne assurée a contracté une maladie grave couverte.

Renseignements importants sur votre diagnostic

Un spécialiste doit poser le diagnostic de la maladie grave couverte et doit donner le traitement pour cette maladie. Le diagnostic doit être donné par écrit et doit, à la fois :

- contenir des renseignements appropriés pour évaluer la maladie grave couverte; et
- être préparé et signé par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis et exerçant sa profession au Canada ou aux États-Unis ou par un autre médecin que nous jugeons acceptable.

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 demande de règlement est présentée. De plus, sa compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. S'il est impossible de consulter un spécialiste, le diagnostic peut être fourni par un autre médecin qualifié que nous jugeons acceptable.

Le médecin ou le spécialiste qui pose le diagnostic ou le médecin, le spécialiste ou tout autre professionnel de la santé qui effectue le traitement, les tests ou les examens relatifs à une maladie grave couverte ne peut pas être :

- le propriétaire du contrat;
- la personne assurée;
- une personne qui a le droit de présenter une demande de règlement au titre du contrat;
- un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de ces personnes.

Nous pouvons exiger que la personne assurée soit examinée par des professionnels de la santé que nous désignerons. Ces professionnels peuvent être, entre autres, des médecins, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des psychiatres, des psychologues ou des neurologues. Nous payons les frais de ces consultations.

Si une maladie a commencé ou a été diagnostiquée pendant que la personne assurée était à l'extérieur du Canada ou des États-Unis

Vous pouvez présenter une demande de règlement d'assurance maladies graves si la maladie grave couverte a commencé ou a été diagnostiquée pendant qu'une personne assurée était à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

Vous devrez nous fournir tous les renseignements qu'il nous faut pour étudier la demande. Si les dossiers médicaux de la personne assurée ne sont ni en français ni en anglais, il faut nous fournir une traduction des dossiers en français ou en anglais. Le traducteur ne peut être :

- le propriétaire du contrat;
- la personne assurée;
- une personne qui a le droit de présenter une demande de règlement au titre du contrat;
- un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de ces personnes.

Les frais de traduction sont à la charge de la personne qui demande le règlement.

Nous étudierons les dossiers médicaux que nous recevons. Nous devons être d'avis que le même diagnostic ou traitement aurait été fait si la maladie avait commencé ou avait été diagnostiquée au Canada.

[F21250A](#)

Paielement de votre contrat

Primes du contrat

Nous vous fournirons toutes les garanties du présent contrat si vous payez vos primes lorsqu'elles sont dues. Vous devez faire vos paiements à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Le *Tableau des primes garanties* décrit les garanties de primes dont vous bénéficiez. Nous pourrions ne pas accepter les paiements au comptant.

Si vous ne payez pas une prime lorsqu'elle est due, nous préleverons le montant de la prime sur votre compte de primes remboursable. Nous procéderons ainsi seulement s'il y a un montant suffisant dans ce compte pour couvrir le paiement.

Compte de primes remboursable

Si vous versez à votre contrat plus que le montant requis pour le garder en vigueur, nous versons l'excédent dans le compte de primes remboursable. Nous pouvons plafonner le montant que vous pouvez détenir dans ce compte. Vous pouvez vous servir en tout temps de l'argent dans ce compte pour payer les primes.

Les fonds de votre compte de primes rapportent des intérêts quotidiens. Les intérêts sont composés annuellement. Nous fixons le taux d'intérêt tous les jours en fonction des taux d'intérêt à court terme. Les intérêts gagnés sur le compte de primes sont imposables.

Vous pouvez retirer de l'argent de votre compte de primes n'importe quand. Les retraits doivent respecter nos règles établies quant au montant minimum que vous pouvez retirer.

Nous pouvons facturer des frais pour ces retraits.

Si nous ne recevons pas votre paiement

Si vous ne payez pas votre prime à temps, votre contrat prend fin 31 jours après l'échéance de la prime. Cela signifie que votre contrat sera tombé en déchéance.

Pour remettre votre contrat en vigueur

Nous ne remettons pas le présent contrat en vigueur si vous l'avez annulé ou résilié.

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;
- elle n'a pas eu de maladie grave couverte;
- elle ne présente aucun signe ou de symptôme d'une maladie grave couverte. Ce processus s'appelle la « remise en vigueur ».

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

- en faire la demande dans un délai de 2 ans après la date où le contrat a pris fin;
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité, jugées satisfaisantes à notre avis;
- nous verser un paiement égal aux frais de remise en vigueur, que nous déterminerons.

Nous étudierons votre demande et nous vous informerons si nous pouvons remettre votre contrat en vigueur. Si ce n'est pas possible, nous vous rembourserons les frais de remise en vigueur.

Remise en vigueur durant une invalidité

Nous ne remettons pas le présent contrat en vigueur si vous l'avez annulé ou résilié. Si votre contrat comprend l'*Exonération en cas d'invalidité du propriétaire* ou l'*Exonération en cas d'invalidité totale* et qu'il tombe en déchéance durant votre invalidité ou l'invalidité de la personne assurée, selon le cas, vous pouvez nous demander de le remettre en vigueur, sans nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité.

Nous étudierons votre demande de remise en vigueur du contrat si :

- Le contrat est tombé en déchéance avant que vous ayez présenté une demande de règlement au titre de la garantie d'invalidité ou après que vous avez présenté une demande de règlement, mais avant que nous en ayons terminé l'étude.
- Vous présentez la demande dans un délai d'un an après la date où le contrat est tombé en déchéance.
- La personne invalide était invalide au moment où le contrat est tombé en déchéance et la durée de son invalidité doit avoir été d'au moins 6 mois consécutifs.
- Vous présentez la demande avant la date d'expiration de la garantie d'invalidité pour la personne, qui est indiquée dans le *Sommaire du contrat*.
- Vous nous fournissez une preuve, jugée satisfaisante à notre avis, de l'invalidité de la personne et de la durée de cette invalidité.
- La personne assurée au titre de l'assurance maladies graves doit être en vie lorsque vous présentez la demande. Elle doit aussi être en vie à la date où nous remettons votre contrat en vigueur.

[F21260A](#)

Pour demander la réduction du montant de la prestation d'assurance maladies graves

Vous pouvez demander la réduction du montant de la prestation d'assurance maladies graves. Pour maintenir ce contrat en vigueur, la réduction doit satisfaire au minimum que nous fixons pour la prestation d'assurance maladies graves.

[F21275A](#)

Droit de résilier le présent contrat

Vous pouvez résilier le présent contrat en tout temps. La décision de résilier votre contrat est un droit personnel; il vous appartient en propre. La résiliation vous lie ainsi que toute personne qui a le droit de présenter une demande de règlement au titre du présent contrat, que ce droit soit révocable ou irrévocable.

Toutes les obligations que nous avons assumées au titre du présent contrat prennent fin immédiatement lorsque nous recevons votre demande de résiliation de contrat, ou ces obligations prendront fin à la date ultérieure indiquée dans votre demande.

Pour résilier votre contrat, envoyez votre demande par écrit à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Si vous nous demandez d'annuler votre contrat dans les 10 jours suivant la date où vous l'avez reçu, cela constitue une « résolution de contrat ». Nous expliquons ce processus sous le titre *Si vous changez d'avis dans un délai de 10 jours*.

Si vous résiliez votre contrat plus de 10 jours après l'avoir reçu, nous vous payons :

- toute somme dans le compte de primes remboursable;
- **moins** toute prime impayée, intérêts compris.

[F17280A](#)

Fin du contrat

Si votre contrat n'a pas pris fin pour une des raisons que nous avons déjà mentionnées, le présent contrat ainsi que toute garantie facultative prendront fin automatiquement à la date du décès de la personne assurée.

Lorsque ce contrat prendra fin, nous vous paierons toute somme dans le compte de primes remboursable.

Autres renseignements sur votre contrat

Notre contrat avec vous

À partir de la date d'entrée en vigueur de votre contrat, les documents suivants forment l'ensemble de notre contrat avec vous :

- votre proposition d'assurance, y compris les preuves d'assurabilité;
- le présent contrat, aussi appelé police, y compris les modifications.

Toutes nos obligations envers vous sont contenues dans les documents ci-dessus. Aucun autre document ne fait partie du contrat, pas plus que les déclarations verbales quelles qu'elles soient. Aucune modification du présent contrat ou d'une partie quelconque du présent contrat ni aucune renonciation à l'une de ses dispositions n'est valable sans une modification écrite. Deux signataires dûment autorisés par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie doivent aussi signer la modification.

Délai pour le recouvrement des sommes assurées

Une action ou une poursuite contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables au titre du contrat sera totalement irrecevable, à moins d'avoir été engagée dans le délai fixé par la *Loi sur les assurances* ou par les lois de la province ou du territoire applicables au présent contrat.

Monnaie du contrat

Tous les montants dans le présent contrat sont en dollars canadiens.

Transfert du contrat (cession)

Il est possible que vous puissiez transférer à quelqu'un d'autre les droits que vous donne le présent contrat en le cédant à cette personne. Nous ne sommes pas responsables de la validité juridique de la cession. Si vous décidez de céder le contrat, envoyez un avis de cession à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C. P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) Canada N2J 4C5

Termes utilisés en assurance

Les explications suivantes vous aideront à comprendre certains termes utilisés dans le domaine de l'assurance qui peuvent ou non s'appliquer à votre contrat.

Âge

«Âge» signifie l'âge d'une personne à son anniversaire de naissance le plus proche d'une date déterminée. C'est ce que nous appelons l'«âge le plus proche». Par exemple, l'âge d'une personne à la date du contrat est l'âge de cette personne à son anniversaire de naissance le plus proche de la date du contrat.

Assurance permanente

Un genre d'assurance qui fournit une protection pendant toute la vie de la personne assurée.

Assurance temporaire

Un genre d'assurance qui fournit une protection pendant un certain nombre d'années seulement.

Bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves

La ou les personnes que vous désignez par écrit et à qui la prestation d'assurance maladies graves sera versée.

Date du contrat

La date du début du contrat d'assurance. La date de votre contrat est indiquée dans le *Sommaire du contrat*.

Année de contrat

La période de 12 mois à compter d'un anniversaire du contrat jusqu'à l'anniversaire suivant.

Anniversaire du contrat

Le jour et le mois qui, chaque année, correspondent à la date de votre contrat.

Garanties

Nous offrons une variété d'assurances. L'assurance maladies graves est une garantie qui fait automatiquement partie de votre contrat. Nous pouvons aussi offrir d'autres garanties facultatives. La garantie Exonération en cas d'invalidité totale est un exemple de garantie facultative.

Preuves d'assurabilité

Les renseignements médicaux (antécédents médicaux personnels et familiaux), financiers, relatifs au style de vie et relatifs à l'usage du tabac ainsi que d'autres renseignements sur les antécédents personnels dont l'assureur peut avoir besoin pour approuver une proposition d'assurance.

Propriétaire en sous-ordre

La ou les personnes que vous désignez par écrit et à qui la propriété du contrat reviendra si vous décédez avant la date de fin du contrat.

Qu'advient-il au décès d'un propriétaire du contrat si aucun propriétaire en sous-ordre n'a été désigné?

- Si, à la date du décès, il n'y a qu'un seul propriétaire, la propriété du contrat revient aux ayants droit de ce dernier.
- Par contre, s'il y a deux propriétaires du contrat ou plus à la date du décès, le contrat appartient alors aux ayants droit du propriétaire défunt ainsi qu'aux propriétaires survivants.

[F17300A](#)

Conditions légales

1. Le contrat

1) La proposition, le présent contrat (aussi appelé police), les documents annexés au présent contrat lors de son établissement, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après son établissement constituent le contrat indivisible. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Copie de la proposition

2) L'assureur est tenu de fournir, sur demande, à la personne assurée ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat une copie de la proposition.

2. Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par la personne assurée ou une personne assurée lors de la proposition relative au présent contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une demande de règlement au titre du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la proposition ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données comme preuve d'assurabilité.

3. Avis et preuve de sinistre

1) La personne assurée, une autre personne assurée ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :

(a) de donner un avis écrit de la demande de règlement à l'assureur :

- soit en remettant l'avis ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province,
- soit en remettant l'avis à un agent autorisé de l'assureur dans la province,

au plus tard 30 jours après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;

(b) dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances :

- de la survenance de l'accident ou du commencement de la maladie ou de l'invalidité et des pertes qui en résultent;
- du droit de l'auteur de la demande de recevoir paiement;
- de son âge;
- de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu; et

(c) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui peut faire l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat, ainsi que la durée de la maladie ou de l'invalidité.

Absence d'avis ou de preuve

2) Le fait de ne pas donner avis du sinistre ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si :

(a) l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit;

(b) en cas de décès de la personne assurée, s'il faut une déclaration de présomption de décès, l'avis est donné ou la preuve est fournie au plus tard 1 an après la date à laquelle le tribunal statue par voie de déclaration.

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

L'assureur fournit les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et l'étendue du sinistre.

5. Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre du présent contrat :

- (a) l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen aussi souvent que raisonnablement requis, tant que le règlement est en suspens;
- (b) en cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent.

6. Délai de paiement des sommes non reliées à l'arrêt de travail

Toutes les sommes payables au titre du présent contrat, à l'exception des indemnités d'arrêt de travail, sont versées par l'assureur dans les 60 jours de la réception par l'assureur de la preuve du sinistre.

F21850A

Remboursement des primes à la résiliation - 35 ans

Nous versons soit le montant de primes remboursables soit une prestation d'assurance maladies graves, et non les deux.

Cas où nous payons

Si vous demandez la résiliation du présent contrat à quelque moment que ce soit à partir de l'anniversaire du contrat le plus proche du 35^e anniversaire de naissance de la personne assurée, nous vous versons le montant de primes remboursables.

La garantie n'a aucune valeur si le contrat est résilié avant cette date.

Le montant de primes remboursables

Le montant de primes remboursables est égal au total des montants suivants :

- toutes les primes payées;
- **moins** toute prime impayée, intérêts compris.

Nous vous versons également toute somme dans le compte de primes remboursable à la date de fin de contrat.

Si la personne assurée remplit les exigences relatives à une maladie grave qui donne droit à une prestation complète (Groupe 1), en tout temps, nous payons le plus élevé des montants suivants :

- le montant de la prestation d'assurance maladies graves en vigueur;
- le montant de primes remboursable au titre de la garantie *Remboursement des primes à la résiliation*

F21875A

Remboursement des primes au décès

Nous versons soit le montant de primes remboursables soit une prestation d'assurance maladies graves, et non les deux. Si nous versons le montant de primes remboursables au décès, nous ne versons pas de montant de primes remboursables au titre d'une autre garantie du présent contrat.

Cas où nous payons

Si la personne assurée décède, nous versons le montant de primes remboursables au décès à la personne nommée dans votre proposition comme bénéficiaire du Remboursement des primes au décès, à moins que vous ne fassiez un changement par écrit.

La garantie n'a aucune valeur avant cette date.

Le montant de primes remboursables

Le montant de primes remboursables au décès est égal au total des montants suivants :

- toutes les primes payées;
- **moins** les primes payées pour l'*option de transformation en assurance de soins de longue durée*;
- **moins** toute prime impayée, intérêts compris.

Nous vous versons également toute somme dans le compte de primes remboursable à la date du décès de la personne assurée.

Pour demander le règlement

Pour demander le règlement, communiquez avec votre conseiller ou appelez-nous au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir pour présenter la demande.

La personne qui présente la demande et remplit le formulaire doit être le bénéficiaire du remboursement des primes au décès. Il nous faut la preuve que la personne assurée est décédée pendant que ce contrat était en vigueur.

SPÉCIMEN