

SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE INC.

ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE MALADIE GRAVE

pour les employés
d'AECOM Canada Ltd.

et de ses sociétés affiliées :

Oil & Gas (formerly Flint Energy Services Ltd.)
URS Canada Inc.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : **1^{er} janvier 2016**

POLICE N° 1B420 (01/16)

Ce livret/certificat est un document important.
Veuillez le garder dans un endroit sûr.

Table des matières

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER	3
INTRODUCTION	4
QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE?	4
POURQUOI L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE EST-ELLE IMPORTANTE?	4
QUELS SONT LES AVANTAGES CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE QUI VOUS EST OFFERTE?	4
DÉFINITIONS GÉNÉRALES.....	5
ADHÉSION	8
ADMISSIBILITÉ	8
MONTANT DE LA COUVERTURE.....	9
PREUVES D'ASSURABILITÉ ET DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE.....	9
EXIGENCE DE PREUVES D'ASSURABILITE.....	9
ÉVÉNEMENTS DE VIE.....	9
POUR L'ASSURANCE OBTENUE SANS PREUVES D'ASSURABILITE	9
POUR L'ASSURANCE QUI NE PEUT S'OBTENIR QUE SUR APPROBATION DE PREUVES D'ASSURABILITE PAR L'ASSUREUR	10
DÉFINITIONS DES MALADIES COUVERTES	10
GARANTIE COMPLÉMENTAIRE EN CAS DE CERTAINES MALADIES	19
PRESTATION EN CAS DE RÉCIDIVE DE CANCER.....	21
GARANTIE PRESTATIONS MULTIPLES	21
PROGRAMME DE SECONDE OPINION MÉDICALE	21
CONDITIONS DE RÉADMISSION	22
CONDITIONS DE PAIEMENT	22
BÉNÉFICIAIRES	22
FIN DE L'ASSURANCE	22
TRANSFORMATION EN UN CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE.....	23
EXONÉRATION DE PRIMES.....	24
MAINTIEN DE PARTICIPATION PENDANT UNE ABSENCE AUTORISÉE	25
PROLONGATION D'ASSURANCE	25
EXCLUSIONS	26
EXCLUSION RELATIVE AUX ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX.....	27
PAIEMENT DE L'ASSURANCE.....	27
PAIEMENT DE LA PRIME.....	28
LIMITATION DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS	28
LIEU DU DIAGNOSTIC.....	28
DEMANDES DE RÈGLEMENT	28
ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION	30

Le présent livret donne un aperçu du régime d'assurance en cas de maladie grave de SSQ, Société d'assurance inc. offert aux employés d'AECOM Canada Ltd. et de ses sociétés affiliées, et leurs personnes à charge (Conjoints et Enfants à charge). Vous y trouverez des renseignements sur l'assurance offerte en vertu de ce régime. Il est fortement recommandé de conserver ce livret pour consultation future.

Les dispositions du régime sont énoncées dans le contrat d'assurance collective n° **1B420 (01/16)**, ainsi que dans la Proposition-cadre, dans les avenants et dans toute pièce annexe, le cas échéant, le tout formant un contrat indivisible. Tous les droits et obligations sont régis par les dispositions du contrat et non par le présent livret. Pour connaître le libellé exact des dispositions du contrat, vous devez communiquer avec votre service des Ressources humaines.

Partout dans ce livret, le masculin sert à désigner autant les femmes que les hommes.

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. L'Assureur conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, l'Assureur peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Mandataires et fournisseurs de services

L'Assureur peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et ses fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de l'Assureur doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsque vous faites une demande de prestations, vous consentez à ce que l'Assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à votre égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de votre assurance et la qualité des services que l'Assureur peut vous offrir.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site ssq.ca.

INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'assurance en cas de maladie grave?

L'assurance en cas de maladie grave peut procurer les fonds et les moyens nécessaires pour préserver votre qualité de vie, protéger votre avoir personnel et vous donner la possibilité de choisir le genre de traitement que vous souhaitez recevoir.

L'assurance en cas de maladie grave prévoit le paiement d'un montant à la personne assurée qui survit pendant au moins 14 jours à une maladie grave couverte donnée dont le premier diagnostic a lieu après le début de son assurance. Parmi les nombreux avantages de cette assurance, les prestations versées ne sont pas limitées en fonction de votre capacité de travailler ni de votre rétablissement. Si un tel diagnostic est posé, la prestation vous est versée directement et vous êtes libre **d'utiliser la prestation comme vous l'entendez.**

Pourquoi l'assurance en cas de maladie grave est-elle importante?

Des études ont démontré qu'un nombre important de Canadiens seront atteints d'une maladie grave :

- Au Canada, 40 % des femmes et 45 % des hommes seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.
- En moyenne, 3 300 canadiens reçoivent un diagnostic de cancer chaque semaine.
- Il se produit environ 70 000 crises cardiaques au Canada chaque année. Toutes les 7 minutes, une personne subit une crise cardiaque.
- Il y a plus de 50 000 accidents vasculaires cérébraux au Canada chaque année, soit un AVC toutes les 10 minutes.
- Environ 75 % des personnes qui subissent un premier AVC y survivent
- Il y a approximativement 1000 nouveaux cas de sclérose en plaques diagnostiqués chaque année.

Source : Fondation des maladies du cœur du Canada, Société canadienne du cancer et Société canadienne de la sclérose en plaques.

Les maladies graves sont courantes. Bien qu'un mode de vie sain permette de se protéger contre certains risques pour la santé, personne n'est à l'abri d'un diagnostic de maladie grave. Grâce aux progrès de la médecine moderne, les canadiens bénéficient d'un meilleur état de santé et d'une espérance de vie accrue. Conséquemment, une assurance en cas de maladie grave, pour venir en aide financièrement au cours de votre période de guérison, s'avère de plus en plus importante.

L'assurance en cas de maladie grave peut vous aider à :

- obtenir des soins adéquats, à l'endroit et au moment de votre choix;
- payer les frais médicaux qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de votre province;
- prendre un congé non rémunéré pour faciliter votre rétablissement ou pour prendre soin d'un membre de votre famille;
- compenser la diminution du revenu familial et assumer certains frais additionnels, en vous permettant de payer au moyen de la prestation versée :
 - les frais médicaux ou les soins infirmiers à domicile
 - les versements hypothécaires ou le loyer
 - les dettes ou autres obligations financières
 - les frais de garde des enfants
 - les frais d'entretien ménager
 - les frais d'adaptation du domicile ou du véhicule

Quels sont les avantages caractéristiques de l'assurance qui vous est offerte?

L'assurance en cas de maladie grave vous procure les avantages suivants :

- assurance non imposable allant jusqu'à 60 000 \$ pour vous, jusqu'à 40 000 \$ pour votre conjoint et jusqu'à 25 000 \$ pour votre enfant à charge, sans devoir présenter de preuves d'assurabilités;
- protection abordable, grâce à des tarifs collectifs avantageux;
- facilité de paiement des primes grâce au prélèvement automatique sur la paie;
- maintien de la protection même si votre santé se détériore pendant que vous êtes assuré au titre du régime – vous et votre conjoint assuré demeurez couverts par l'assurance en cas de maladie grave même après avoir touché une première prestation d'assurance en cas de maladie grave dans le cadre du régime!

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Dans le présent document :

«Antécédents médicaux» désigne :

- la présence d'un ou plusieurs symptômes au cours des vingt-quatre (24) mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de l'assurance de la personne, symptômes qui feraient en sorte qu'une personne raisonnablement prudente cherche à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou
- une maladie ou un état pour lesquels la personne, au cours des vingt-quatre (24) mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de son assurance, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments d'ordonnance ou en vente libre ou consulté un médecin.

« Assuré » désigne un Employé assuré ou un Conjoint assuré ou un Enfant à charge assuré dont l'assurance est en vigueur en vertu de la Police, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la Police.

« Assureur », « nous » et « on » désignent SSQ, Société d'assurance inc.

« Capital assuré » désigne le montant indiqué sur la plus récente carte d'adhésion de l'Employé assuré, pourvu qu'elle soit signée et qu'elle se trouve dans les archives du Contractant, le cas échéant, ou le montant approuvé par l'Assureur.

« Chirurgie » ou « Intervention chirurgicale » désigne toute intervention chirurgicale médicalement nécessaire que l'Assuré subit sur recommandation écrite d'un Spécialiste. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un Médecin au Canada ou aux États-Unis.

« Conjoint » désigne une personne de moins de soixante-dix (70) ans, qui réside au Canada, et :

- a) avec qui l'Employé assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile; ou
- b) avec qui l'Employé assuré cohabite dans une situation assimilable à une relation conjugale de façon permanente depuis au moins un (1) an avant la date de l'événement pour lequel il est assuré.

Toutefois, si une personne est la mère ou le père biologique ou adoptif d'au moins un des enfants de l'Employé assuré et qu'elle cohabite avec l'Employé assuré, cette personne est réputée être un Conjoint à compter de la date de la naissance ou de l'adoption de cet enfant, si cette date tombe avant la fin de la période d'un (1) an de cohabitation.

Une seule personne est admissible à titre de Conjoint de l'Employé assuré. Si, tout en étant légalement marié ou en union civile, l'Employé assuré cohabite avec une personne décrite au point (b) ci-dessus, il peut choisir par écrit quelle personne doit être assurée à titre de Conjoint en vertu de la Police. La déclaration doit être remise au Contractant avant la réalisation du risque assuré, sans quoi la réalisation du risque ne liera pas l'Assureur. Si aucune déclaration n'est remise, le Conjoint sera la personne à laquelle l'Employé assuré est légalement marié ou avec qui il vit en union civile.

« Contractant » désigne AECOM Canada Ltd.

« Diagnostic » désigne l'identification d'un état répondant à la définition d'une maladie couverte par la Police chez un Assuré. Cette identification doit être faite par un Spécialiste au moyen de tests ou d'autres procédés de diagnostic. Le Diagnostic de toute maladie couverte doit être posé au Canada ou aux États-Unis, par un Spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis. De plus, son domaine de pratique doit inclure le domaine de médecine directement lié à la maladie en question.

« Employé » désigne un employé régulier à temps plein ou à temps partiel du Contractant ou de ses sociétés affiliées, qui est âgé de moins de soixante-dix (70) ans, qui réside au Canada et dont le lieu normal de travail se situe au Canada.

« Employé assuré » désigne un Employé dont la couverture d'assurance décrite au présent régime est en vigueur.

« Enfant à charge » désigne un enfant biologique, un enfant adopté, un enfant du Conjoint ou tout enfant avec lequel l'Employé assuré a par ailleurs une relation parent-enfant. L'enfant en question doit toutefois être célibataire, dépendre de l'Employé assuré pour ses frais de subsistance, résider au Canada, et :

- a) avoir moins de vingt et un (21) ans; ou
- b) avoir moins de vingt-cinq (25) ans (vingt-six (26) ans au Québec) et fréquenter à temps plein un Établissement d'enseignement post secondaire; ou
- c) quel que soit son âge à la date de la demande de prestations, être domicilié chez l'Employé assuré ou chez le Conjoint assuré et être atteint d'une invalidité physique ou mentale grave de nature incurable et chronique qui a débuté lorsque la personne répondait à l'une ou l'autre des conditions énoncées en 1) ou en 2) dans la présente définition et être demeuré continuellement invalide depuis cette date; l'invalidité doit rendre l'enfant incapable d'avoir une occupation rémunératrice et l'Assureur peut exiger à cet égard les preuves médicales qu'il juge nécessaires.

L'Enfant à charge est couvert à partir de sa naissance, pourvu qu'il soit né vivant.

« Établissement d'enseignement post-secondaire » désigne exclusivement les universités, les collèges, les cégeps et les écoles de formation professionnelle et technique.

« Irréversible » désigne l'état de l'Assuré lorsque le pronostic ne peut pas être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale au moment du Diagnostic.

Toutefois, si le pronostic pouvait être amélioré par des soins médicaux ou une intervention chirurgicale mais imposerait, de l'avis du Médecin de l'Assuré, un risque pour la santé de l'Assuré qui serait supérieur aux avantages attendus à l'égard de ces soins ou de cette intervention, l'état de l'Assuré est alors également considéré comme Irréversible aux fins de la présente définition.

« Maintien artificiel des fonctions vitales » désigne le fait que l'Assuré est sous les soins d'un Médecin autorisé à pratiquer et est maintenu en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, même si un arrêt Irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

« Maladie grave » désigne l'une ou l'autre des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que la personne est assurée par la présente assurance, entraîne une Intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance. Pour être couverte, cette intervention ou maladie grave doit

faire partie de la liste ci-dessous et un Spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée au présent document ou à la Police. Dans le cas d'une Intervention chirurgicale, un Spécialiste doit en confirmer la nécessité médicale.

- | | |
|--|---|
| 1. Accident vasculaire cérébral | 21. Insuffisance hépatique à un stade avancé |
| 2. Anémie aplasique | 22. Insuffisance rénale |
| 3. Angioplastie coronarienne | 23. Lupus érythémateux disséminé |
| 4. Arthrite rhumatoïde grave | 24. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie |
| 5. Brûlures graves | 25. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques |
| 6. Cancer (mettant la vie en danger) | 26. Maladie du motoneurone |
| 7. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) | 27. Mélanome malin au stade 1A |
| 8. Carcinome canalaire in situ du sein | 28. Méningite purulente |
| 9. Cardiomyopathie dilatée | 29. Paralyse |
| 10. Cécité | 30. Perte d'autonomie |
| 11. Chirurgie de l'aorte | 31. Perte de l'usage de la parole |
| 12. Coma | 32. Perte de membres |
| 13. Crise cardiaque | 33. Pontage aortocoronarien |
| 14. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe | 34. Remplacement d'un genou par chirurgie |
| 15. Démence, y compris la maladie d'Alzheimer | 35. Remplacement d'une hanche par chirurgie |
| 16. Dystrophie musculaire | 36. Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque |
| 17. Greffe d'un organe vital | 37. Sclérose en plaques |
| 18. Hépatite virale fulminante | 38. Sclérose généralisée évolutive |
| 19. Hypertension artérielle pulmonaire primitive | 39. Surdité |
| 20. Infection au VIH dans le cadre du travail | 40. Tumeur cérébrale bénigne |

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans le présent document ou dans la Police et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance et aucune prestation n'est payable à leur égard.

« Maladie grave » à l'égard de l'Enfant à charge assuré, désigne l'une ou l'autre des maladies, conditions ou interventions chirurgicales qui, pendant que la personne est assurée par la présente assurance, entraîne une Intervention chirurgicale ou le premier diagnostic d'une maladie grave qui est couverte par la présente assurance. Pour être couverte, cette intervention ou maladie grave doit faire partie de la liste ci-dessus et un Spécialiste doit avoir confirmé qu'elle répond à la définition qui en est donnée au présent document ou à la Police. Dans le cas d'une Intervention chirurgicale, un Spécialiste doit en confirmer la nécessité médicale.

- | | |
|---|---|
| 1. Brûlures graves | 10. Insuffisance rénale |
| 2. Cancer (mettant la vie en danger) | 11. Maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie |
| 3. Cécité | 12. Paralyse |
| 4. Coma | 13. Paralyse cérébrale |
| 5. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe | 14. Perte de l'usage de la parole |
| 6. Déficience mentale | 15. Spina bifida cystica |
| 7. Dystrophie musculaire | 16. Surdité |
| 8. Fibrose kystique | 17. Syndrome de Down (Trisomie 21) |
| 9. Greffe d'un organe vital | 18. Tumeur cérébrale bénigne |

Les maladies graves et troubles de la santé qui ne sont pas expressément définis dans le présent document ou dans la Police et inclus dans la liste ci-dessus ne sont pas couverts par l'assurance à l'égard des Enfants à charge et aucune prestation n'est payable à leur égard.

« Médecin » désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui prodigue des soins et des traitements à l'intérieur des limites de son permis. Le Médecin ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Le Médecin ne peut pas non plus être un Assuré, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

« Période de survie » désigne les quatorze (14) jours suivant la date du Diagnostic ou les quatorze (14) jours suivant la date d'une Chirurgie si applicable, sauf lorsqu'il en est prévu autrement dans la Police. La Période de survie ne comprend pas les jours passés en Maintien artificiel des fonctions vitales, comme cela est défini au présent article. L'Assuré doit être vivant à la fin de la Période de survie et doit ne pas avoir subi de cessation Irréversible de l'ensemble des fonctions du cerveau.

Pour les Maladies graves qui ont une durée minimale requise, par exemple, quatre-vingt-dix (90) jours pour la Méningite purulente et la Paralysie, la Période de survie court de façon concomitante avec la durée minimale requise liée à la maladie concernée.

« Spécialiste » désigne un médecin qui détient un permis d'exercice et détient 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. Si aucun Spécialiste n'est disponible, et sous réserve de l'approbation de l'Assureur, une Maladie grave peut être diagnostiquée par un Médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. Le Spécialiste ne peut pas résider habituellement avec l'Assuré. Le Spécialiste ne peut pas non plus être un Assuré, un membre de sa famille ou un de ses partenaires d'affaires.

« Vous » et « votre » réfèrent tous deux à l'Employé assuré pour qui la brochure a été conçue.

ADHÉSION

Le présent régime est à adhésion facultative.

ADMISSIBILITÉ

Les personnes suivantes sont admissibles à la présente assurance en cas de maladie grave :

Tous les employés actifs du Contractant et de ses sociétés affiliées qui répondent à la définition du mot « Employé ».

Les conjoints des employés actifs du Contractant qui répondent à la définition du mot « Conjoint ».

Les enfants à charge des employés actifs du Contractant qui répondent à la définition d'« Enfant à charge ».

Si un employé est absent du travail pour une autre raison qu'un congé de maternité ou parental ou un congé approuvé par le Contractant, il ne deviendra admissible à l'assurance que lorsqu'il sera de nouveau activement au travail. Les Enfants à charge ne sont admissibles que si l'assurance de l'Employé ou du Conjoint est en vigueur.

MONTANT DE LA COUVERTURE

L'assurance est offerte sous forme de régime collectif facultatif pour vous, votre Conjoint et vos Enfants à charge.

Vous pouvez souscrire un montant de Capital assuré par tranche de 5 000 \$ et jusqu'à un maximum de 550 000 \$, sous réserves des conditions de paiement de prime indiquées à la section « Paiement de la couverture ».

Votre Conjoint peut souscrire un montant de Capital assuré par tranche de 5 000 \$ et jusqu'à un maximum de 550 000 \$, sous réserves des conditions de paiement de prime indiquées à la section « Paiement de la couverture ».

Vous pouvez souscrire un montant de Capital assuré allant jusqu'à 25 000 \$ pour chacun de vos Enfants à charge, sans devoir présenter de preuves d'assurabilité.

Concernant la preuve d'assurabilité, vous pouvez souscrire un montant de couverture égal ou inférieur au capital assuré garanti à l'établissement de 60 000 \$ et votre Conjoint peut souscrire un montant de couverture égal ou inférieur au capital assuré garanti à l'établissement de 40 000 \$ sans devoir répondre à des questions d'ordre médical ou devoir présenter de preuves d'assurabilité. Toutefois, si vous ou votre Conjoint souhaitez souscrire un montant de couverture supérieur au capital assuré garanti à l'établissement, vous et/ou votre Conjoint devez présenter à l'assureur des preuves d'assurabilité satisfaisantes.

PREUVES D'ASSURABILITÉ ET DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Exigence de preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité à la satisfaction de l'Assureur doivent être soumises lorsque le montant demandé est supérieur au Capital assuré garanti à l'établissement. Elles doivent aussi être soumises dans les cas où la demande est reçue par le Contractant plus de trente et un (31) jours après le dernier à survenir des événements suivants :

1. la Date d'effet de la Police
2. la date d'admissibilité de la personne
3. un événement de vie

Événements de vie

Au moment où survient l'un des événements de vie mentionnés ci-après, les personnes admissibles peuvent adhérer à l'assurance sous réserve des dispositions du présent article sur les preuves d'assurabilité et la Date d'effet de l'assurance. Aux fins de la présente assurance, les événements de vie qui peuvent donner lieu à une nouvelle période d'admissibilité sans preuves d'assurabilité sont les suivants : mariage; union civile; cohabitation depuis un an; naissance ou adoption d'un premier enfant.

Pour l'assurance obtenue sans preuves d'assurabilité

L'assurance de tout Employé ou Conjoint admissible prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a. à la Date d'effet de la Police si la demande est reçue par le Contractant à la Date d'effet de la Police ou avant celle-ci; ou
- b. à la date à laquelle la demande a été reçue par le Contractant si la demande est reçue par le Contractant après la Date d'effet de la Police.

L'assurance de tout Enfant à charge admissible pour lequel le processus d'adhésion est terminé prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a. la date d'effet de l'assurance de l'Employé ou du Conjoint en vertu de la présente garantie;

- b. la date à laquelle le processus d'adhésion de la personne admissible a été complété.

Pour l'assurance qui ne peut s'obtenir que sur approbation de preuves d'assurabilité par l'Assureur

L'assurance de toute personne admissible prend effet à la date d'approbation des preuves d'assurabilité par l'Assureur, si celui-ci les approuve effectivement. Toutefois, l'assurance des Enfants à charge ne peut pas prendre effet avant celle de l'Employé ou du Conjoint.

DÉFINITIONS DES MALADIES COUVERTES

D'autres Maladies graves sont aussi couvertes par le présent régime. Elles sont définies à l'article intitulé « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

« Accident vasculaire cérébral »

désigne le Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intra-crâniennes ou par une embolie de source extra-crânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques et nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, étant entendu que ces nouveaux symptômes et nouveaux déficits neurologiques objectifs doivent persister pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du Diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent aussi être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire ne correspondant pas à la précédente description de ce qu'est un accident vasculaire cérébral.

« Anémie aplasique »

désigne le Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie, et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants : stimulation de la moelle osseuse; immunosuppresseurs; greffe de moelle osseuse.

« Brûlures graves »

désigne le Diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

« Cancer (mettant la vie en danger) »

désigne le Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer qui sont couverts comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites 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 nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;

- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds 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 nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer).

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le cancer s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance), et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de cancer (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute Maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Références : Aux fins de l'assurance, les définitions se trouvant dans la septième édition du manuel de stadification du cancer de l'AJCC sont celles qui s'appliquent aux références à Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC. De même, la référence à la classification de Rai s'applique tel que prévu dans 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).

« Cardiomyopathie dilatée »

désigne une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative d'au moins classe III selon la New York Heart Association Classification (NYHA). Le Diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA correspond à l'état du patient qui ne ressent pas d'inconfort au repos, mais qui présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes malgré la consommation de médicaments et des ajustements diététiques, avec des preuves d'anomalies de la fonction ventriculaire mises en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : causes ischémiques et toxiques de la cardiomyopathie dilatée (y compris l'alcool et les médicaments avec ou sans prescription).

« Cécité »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la vue des deux yeux, attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ou par un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

« Chirurgie de l'aorte »

désigne 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. Aux fins de la présente description, le terme « aorte » désigne l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non pas les branches de l'aorte.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Coma »

désigne le Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le coma :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;
- un diagnostic de mort cérébrale.

« Crise cardiaque »

désigne le Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine et qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, le tout accompagné 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 pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- 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 précédent infarctus du myocarde, mais qui ne correspondent pas à la précédente description de crise cardiaque.

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

désigne le Diagnostic formel d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse, cette insuffisance rendant la greffe nécessaire du point de vue médical. Pour qu'une personne assurée puisse avoir droit à une prestation pour cette Maladie grave, elle doit être inscrite comme receveur dans un centre reconnu où s'effectue la forme de greffe requise et qui se situe au Canada ou aux États-Unis. Aux fins de la définition de la Période de survie, la date d'établissement du Diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de greffe.

« Déficience mentale »

désigne le Diagnostic formel d'un développement insuffisant de l'intelligence démontré par un quotient intellectuel (QI) de moins de 70 selon les résultats de tests normatifs.

« Démence, y compris maladie d'Alzheimer »

désigne le Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire accompagnée d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (par exemple, l'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.

L'état de la personne doit aussi être caractérisé par ce qui suit :

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

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : troubles affectifs ou schizophréniques; délire.

« Dystrophie musculaire »

désigne le Diagnostic formel de tous les signes suivants :

- présentation clinique comportant une faiblesse des muscles squelettiques, des douleurs musculaires et la myotonie;
- changements caractéristiques d'électromyographie;
- biopsie musculaire confirmant le Diagnostic de dystrophie musculaire.

« Fibrose kystique »

désigne le Diagnostic formel d'une maladie génétique touchant les glandes sudoripares et muqueuses, particulièrement dans les poumons et le système digestif, caractérisée par des sécrétions de mucus excessives menant progressivement à une maladie respiratoire chronique et à des problèmes nutritionnels.

« Greffe d'un organe vital »

désigne une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire, comme démontré par le Diagnostic d'une insuffisance Irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse. Pour qu'une greffe soit considérée comme greffe d'un organe vital aux fins de l'assurance, la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour se faire greffer un cœur, un poumon, un foie ou de la moelle osseuse.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable à titre de greffe d'un organe vital : greffe de tout autre organe que ceux qui sont prévus dans la présente description.

« Hépatite virale fulminante »

désigne le Diagnostic formel de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire. La prestation ne sera payable que si toutes les caractéristiques suivantes sont satisfaites :

- diminution rapide du volume du foie confirmée par une échographie abdominale;
- nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmé par histologie, si applicable;
- tests démontrant une détérioration rapide des fonctions hépatiques;
- amplification d'ictère.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- hépatite chronique;
- insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool ou par des toxines ou des drogues.

« Hypertension artérielle pulmonaire primitive » (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou hypertension artérielle pulmonaire familiale)

désigne le Diagnostic formel d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit, confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique Irréversible et permanente d'au moins classe IV selon la classification des insuffisances cardiaques de la New York Heart Association (NYHA). Dans la 39^e édition du *Current Medical Diagnosis and Treatment*, il est mentionné que la classe IV rend la personne incapable d'entreprendre quelque activité sans ressentir d'inconfort et que des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : hypertension artérielle pulmonaire de quelque autre forme que ce soit.

« Infection au VIH contractée au travail »

désigne le Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficiência humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH durant l'exercice des fonctions normales de son travail habituel. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu pendant que la personne est couverte par la présente assurance. De plus, la prestation ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à l'Assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; la personne assurée doit survivre au moins 14 jours à compter de la date de cette seconde sérologie;
- 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.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne sera payable en rapport avec cette Maladie grave :

- la personne assurée a refusé de se faire administrer l'un ou l'autre des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH résulte d'une blessure qui n'est pas accidentelle (y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables).

« Insuffisance hépatique à un stade avancé »

désigne le Diagnostic formel d'insuffisance hépatique due à une cirrhose. La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- ictère permanent;
- ascite;
- encéphalopathie.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : insuffisance hépatique entraînée par une consommation d'alcool ou de drogues (sauf s'ils sont pris seulement en conformité avec la prescription du médecin).

« Insuffisance rénale »

désigne le Diagnostic formel du stade terminal d'une insuffisance chronique et Irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale ou une éventuelle greffe rénale.

« Maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie »

désigne le Diagnostic formel d'une malformation cardiaque grave présente à la naissance et pour laquelle une chirurgie correctrice a été réalisée.

« Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques »

Maladie de Parkinson désigne le Diagnostic formel de la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire;
- tremblement de repos.

Syndromes parkinsoniens atypiques désigne le Diagnostic formel de paralysie supra nucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multi systémique.

Le Diagnostic de la Maladie de Parkinson ou d'un syndrome parkinsonien atypique doit être établi par un neurologue. Dans tous les cas, 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.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : toute autre forme de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans l'année suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de toute autre forme de parkinsonisme.

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute

demande de prestation portant sur la maladie de Parkinson ou sur un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute Maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par un syndrome parkinsonien atypique ou par leur traitement.

« Maladie du motoneurone »

désigne le Diagnostic formel d'une des maladies suivantes :

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

« Méningite purulente »

désigne le Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours à compter de la date d'établissement du Diagnostic.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :
méningite virale.

« Paralysie »

désigne le Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres, par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, et cela pendant une période d'au moins 90 jours à compter de l'événement déclencheur.

« Paralysie cérébrale »

désigne le Diagnostic formel d'une maladie chronique qui se manifeste au cours des premières années de la vie, causée par une lésion aux zones motrices du cerveau et caractérisée par différents degrés de faiblesse des membres, par des mouvements involontaires et par des difficultés d'élocution.

« Perte d'autonomie »

désigne le Diagnostic formel d'une incapacité totale à effectuer soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans espoir raisonnable de rétablissement.

Aux fins de la détermination de cette maladie grave, les activités de la vie quotidienne sont les suivantes :

- 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 coucher, de se lever du lit, de s'asseoir ou 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.

« Perte de l'usage de la parole »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la perte de la parole : toute cause psychiatrique.

« Perte de membres »

désigne le Diagnostic formel de l'amputation 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.

« Pontage aortocoronarien »

désigne une Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou plusieurs artères coronaires, au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque »

désigne une Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec ce genre d'intervention chirurgicale : angioplastie; intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; intervention non chirurgicale.

« Sclérose en plaques »

désigne le Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois et confirmées par IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

« Sclérose généralisée évolutive »

désigne le Diagnostic formel de sclérodémie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le Diagnostic doit être catégoriquement confirmé par des signes cliniques et sérologiques et une biopsie si disponible.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave :

- sclérodémie localisée (sclérodémie ou morphée linéaire);
- fasciite éosinophile;
- syndrome de CREST.

« Spina bifida cystica »

désigne le Diagnostic formel d'une anomalie congénitale causée par l'échec de la colonne vertébrale de correctement fermer, ce qui permet à la moelle épinière et à son enveloppe protectrice (méninges) de traverser la peau, le tout caractérisé par divers des degrés suivants :

- hydrocéphalie;
- paralysie;
- problèmes intestinaux;
- problèmes urinaires.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : spina bifida occulta.

« Surdité »

désigne le Diagnostic formel de la perte totale et Irréversible de l'ou ie des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un registre de 500 à 3 000 hertz.

« Syndrome de Down (Trisomie 21) »

désigne le Diagnostic formel d'une anomalie congénitale causée par la présence d'un chromosome supplémentaire à la 21^e paire, cette anomalie étant caractérisée principalement par différents degrés de retard mental, d'autres troubles peuvent se manifester, dont la cardiopathie congénitale.

« Tumeur cérébrale bénigne »

désigne le Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne 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 déficits neurologiques objectifs et Irréversibles.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la tumeur cérébrale bénigne s'il s' st produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les 90 premiers jours suivant la dernière fois à l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des symptômes menant à un Diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance) et cela sans égard à la date d'établissement du Diagnostic;
- la personne assurée a fait l'objet d'un Diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou non par l'assurance).

Restriction : L'Assureur doit être informé de l'existence des événements ci-dessus mentionnés, et cela au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'établissement du Diagnostic, sans quoi il aura ensuite le droit de refuser toute demande de prestation portant sur une tumeur cérébrale bénigne ou sur toute Maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE EN CAS DE CERTAINES MALADIES

En plus des Maladies graves décrites à la section « Définitions des maladies couvertes », les maladies suivantes sont couvertes en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies.

1. Angioplastie coronarienne
2. Arthrite rhumatoïde grave
3. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
4. Carcinome canalaire in situ du sein
5. Lupus érythémateux disséminé
6. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
7. Mélanome malin au stade 1A
8. Remplacement d'une hanche ou d'un genou par chirurgie

Angioplastie coronarienne

Une Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

Arthrite rhumatoïde grave

Le Diagnostic formel d'arthrite rhumatoïde séropositive grave qui doit comporter la destruction générale des articulations, affectant au moins 3 grosses articulations (celles des épaules, des coudes, des hanches, des genoux ou des chevilles) et 3 petites articulations (les articulations métacarpophalangiennes, ou interphalangiennes proximales, les articulations interphalangiennes du pouce, les articulations du poignet et les deuxième, troisième, quatrième et cinquième articulations métatarsophalangiennes). Le Diagnostic doit être confirmé par la démonstration clinique et radiologique de destruction articulaire et de déformation des articulations.

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

Le Diagnostic formel d'un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Carcinome canalaire in situ du sein

Le Diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein, confirmé par biopsie.

Lupus érythémateux disséminé

Le Diagnostic formel de lupus érythémateux disséminé qui atteint les reins et nécessite au moins 6 mois consécutifs de corticothérapie, et qui est confirmé par des tests d'atteinte permanente à la fonction rénale démontrant un débit de

filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 30 ml/min./1,73 m². De plus, un test positif anticorps-antinucléaire (AAN) doit être réalisé.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec cette Maladie grave : toute autre forme de lupus, tel le lupus discoïdal et les formes de lupus qui ne touchent que les articulations et le système sanguin.

Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Le Diagnostic formel de maladie de Crohn confirmé par des résultats caractéristiques d'endoscopie et de données histologiques. Cette maladie doit aussi se caractériser par la présence d'abcès ou de fistules à l'intérieur de l'abdomen ou à l'anus ou par une obstruction ou perforation intestinale, ou ne pas répondre aux traitements non chirurgicaux. De plus, les symptômes doivent avoir persisté malgré un maximum de thérapie non chirurgicale et il doit être médicalement nécessaire de procéder à une Intervention chirurgicale comportant l'ablation d'au moins un segment de l'intestin.

Mélanome malin au stade 1A

Le Diagnostic confirmé par biopsie de la présence d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

Remplacement d'une hanche ou remplacement d'un genou par chirurgie

Une Chirurgie avec ouverture menant au remplacement total d'une hanche ou de la totalité du genou par une prothèse, sous réserve de ce qui suit :

- (a) Pour que le remplacement d'une hanche soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, le col du fémur doit être remplacé. De plus, la chirurgie doit être effectuée à la fois avec arthroplastie totale et hémiarthroplastie (autant monopolaire que bipolaire).
- (b) Pour que le remplacement du genou soit considéré comme tel en vertu de la présente assurance, les trois compartiments du genou (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe et fémoro-rotulien) doivent être remplacés.

Exclusion : Dans les cas suivants, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec le remplacement d'une hanche ou le remplacement d'un genou : traitement arthroscopique des surfaces des articulations; reprise d'un remplacement total antérieur de la hanche ou du genou.

Capital assuré se rapportant à la garantie complémentaire en cas de certaines maladies

Si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré reçoit le Diagnostic d'une des maladies énumérées ci-dessus pendant que son assurance est en vigueur et sous réserve des dispositions de la section « Période de survie » ainsi que de celles de la section « Conditions de réadmission », alors l'Assureur s'engage à payer à l'Employé assuré ou au Conjoint assuré :

- 1) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 25 000 \$:
 - Angioplastie coronarienne
 - Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
 - Carcinome canalaire in situ du sein
 - Mélanome malin au stade A

Pour les cas prévus au regroupement 1) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

- 2) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:
- Arthrite rhumatoïde sévère
 - Lupus érythémateux disséminé
 - Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie

Pour les cas prévus au regroupement 2) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

- 3) Dans les cas suivants, 10 % du Capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$:
- Remplacement d'une hanche par chirurgie
 - Remplacement d'un genou par chirurgie

Pour les cas prévus au regroupement 3) ci-dessus, le paiement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies vient en complément du Capital assuré et ne peut être versé qu'une seule fois la vie durant, le tout sous réserve des limites mentionnées à la section « Conditions de réadmission ».

PRESTATION EN CAS DE RÉCIDIVE DE CANCER

L'Assureur versera le Capital assuré si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré reçoit un Diagnostic de Cancer alors qu'il en a déjà reçu un, plus de soixante (60) mois auparavant et pourvu qu'aucun traitement directement ou indirectement lié au cancer n'ait été reçu au cours des soixante (60) mois en question. À ces fins, les médicaments utilisés à des fins préventives et les rencontres de suivi chez le médecin ne sont pas considérés comme des traitements.

Le second de ces Diagnostics doit être reçu pendant que l'assurance de la personne est en vigueur.

GARANTIE PRESTATIONS MULTIPLES

Si l'Employé assuré ou le Conjoint assuré est atteint d'une Maladie grave couverte pour laquelle le Capital assuré a été versé (ou 10 % du Capital assuré en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies) et reçoit par la suite le Diagnostic d'une autre Maladie grave couverte, l'Assureur versera le Capital assuré (ou 10 % du Capital assuré en vertu de la Garantie complémentaire en cas de certaines maladies), sous réserve des dispositions de la section « Conditions de réadmission ».

Pour donner droit à un montant en vertu de la Garantie prestations multiples, le subséquent Diagnostic doit être posé 90 jours ou plus après le Diagnostic de l'autre Maladie grave couverte.

PROGRAMME DE SECONDE OPINION MÉDICALE

Pendant qu'elle est assurée au titre du présent régime, toute Personne assurée chez qui est Diagnostiquée une Maladie grave couverte obtient automatiquement accès au programme **Seconde opinion médicale de AXA Assistance**. Grâce à ce programme, l'Assuré peut obtenir un deuxième avis médical d'un Médecin Spécialiste hautement qualifié. Le dossier médical de l'Assuré est soumis à un examen approfondi afin de confirmer le Diagnostic initial et de recommander un traitement approprié.

Si l'une des Maladies graves couvertes a été diagnostiquée chez vous, chez votre Conjoint ou chez un de vos Enfants à charge assurés, il vous suffit de composer le **1 877 266-6550** pour bénéficier du programme Seconde opinion médicale de AXA Assistance.

CONDITIONS DE RÉADMISSION

Si une prestation a déjà été versée à un Employé assuré ou à un Conjoint assuré pour une Maladie grave couverte, l'assurance de la personne concernée est quand même maintenue, à condition que le paiement de la prime soit aussi maintenu. Le paiement éventuel d'autres prestations est assujéti à ce qui est prévu à l'ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION.

CONDITIONS DE PAIEMENT

Lorsqu'une personne reçoit le Diagnostic d'une Maladie grave pendant qu'elle est couverte par la présente assurance, et pourvu que la Période de survie requise soit complétée, l'Assureur lui verse le Capital assuré, sauf s'il en est prévu autrement au contrat collectif, le tout sous réserve des conditions et limitations du présent document.

BÉNÉFICIAIRES

Les montants payables en vertu de la présente assurance seront versés à l'Employé assuré ou au Conjoint assuré si c'est ce dernier qui a reçu le Diagnostic de la Maladie grave. Toutefois, tout montant qui demeure payable après que le bénéficiaire est devenu juridiquement incapable d'en recevoir le paiement sera versé à sa succession.

FIN DE L'ASSURANCE

Pour tout Assuré, l'assurance prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

A) À l'égard d'un Employé assuré :

1. la date de la résiliation de la Police;
2. la date d'échéance de la prime si le Contractant n'acquitte pas la prime exigible, sauf en cas d'erreur commise par inadvertance;
3. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
4. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date où l'Employé assuré cesse d'être au service actif du Contractant ou de ses sociétés affiliées en raison d'une absence autorisée, d'une mise à pied, d'un congé de maternité ou parental, d'une invalidité, d'une démission, d'un congédiement ou de la retraite, sous réserve de ce qui prévu aux dispositions suivantes :
 - Exonération de primes;
 - Maintien de participation lors d'une absence autorisée;
 - Prolongation d'assurance.
5. la date du décès de l'Employé assuré;

6. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date de la remise par l'Employé assuré d'un avis d'annulation au Contractant.

B) À l'égard d'un Conjoint assuré :

1. la date à laquelle cette personne cesse de répondre à la définition de « Conjoint » telle qu'elle figure dans la Police;
2. la date d'échéance de la prime coïncidant avec ou suivant la date à laquelle le Conjoint assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans;
3. la date à laquelle l'assurance de l'Employé prend fin.

C) Pour l'Enfant à charge assuré :

1. la date à laquelle cette personne cesse de répondre à la définition d'« Enfant à charge » telle qu'elle figure dans la Police;
2. la date à laquelle le paiement du Capital assuré a été effectué;
3. la date à laquelle l'assurance de l'Employé prend fin.

TRANSFORMATION EN UN CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Si l'assurance de l'Employé ou du Conjoint prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- a) l'Employé assuré cesse d'être un employé actif du Contractant ou de ses sociétés affiliées en raison d'une démission, d'un congédiement, de sa retraite ou de son non-retour au travail à la fin d'une invalidité totale; ou
- b) l'Employé assuré n'est plus une personne admissible à l'assurance de la présente garantie; ou
- c) la période de prolongation d'assurance prend fin;

L'Employé ou le Conjoint qui n'a pas encore atteint l'âge de soixante-cinq (65) peut remettre une demande écrite à l'Assureur dans les trente et un (31) jours de la fin de l'assurance afin d'obtenir une police individuelle d'assurance contre les Maladies graves. Sur réception de cette demande, l'Assureur émet, sans exiger de preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance contre les Maladies graves à la personne qui en a fait la demande, et cela sans exiger de preuve d'assurabilité. L'assurance ainsi émise comporte 4 maladies graves [Accident vasculaire cérébral, Cancer (mettant la vie en danger), Chirurgie coronarienne et Crise cardiaque].

Cependant, la transformation ne sera pas possible si la Police détenue auprès de l'Assureur est déjà résiliée au moment de la demande. La personne ne peut transformer son assurance que si elle n'a jamais reçu de prestation en vertu de la présente assurance.

Le montant à transformer ne peut dépasser le plus petit des montants suivants :

- a) le Capital assuré en vigueur à la date de la fin de l'assurance; ou
- b) un plafond de cent cinquante mille dollars (150 000 \$) pour toutes les transformations demandées par une même personne.

La prime de la police individuelle d'assurance contre les Maladies graves établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'Assureur, d'après l'âge atteint de la personne à la date de la transformation. La police individuelle d'assurance contre les Maladies graves est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

EXONÉRATION DE PRIMES

L'Assureur exonérera les primes de l'Employé assuré dans les cas suivants :

- A) Si l'Employé assuré détient une assurance vie avec exonération des primes ou une assurance invalidité de longue durée (ILD) et qu'il devienne totalement invalide pendant son assurance en vertu non seulement de la présente assurance, mais aussi en vertu de l'assurance vie ou de l'assurance invalidité de longue durée :

Dès le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'Employé assuré commence à avoir droit à l'exonération des primes en vertu de son assurance vie ou de son assurance invalidité de longue durée.

- B) Si l'Employé assuré ne détient pas d'assurance vie avec exonération ni d'assurance invalidité de longue durée (ILD) et qu'il devienne totalement invalide pendant son assurance en vertu de la présente assurance :

Dès le premier jour du mois suivant les 6 premiers mois d'une période ininterrompue au cours de laquelle une blessure ou une maladie l'ont empêché d'occuper un emploi raisonnablement adapté à ses qualifications, compte tenu de son niveau de scolarité, de sa formation et de son expérience.

L'avis de l'invalidité doit être soumis à l'Assureur dans les douze (12) mois du début de l'invalidité totale et la preuve de l'invalidité doit être soumise à l'Assureur dans les trois (3) mois suivant la date de cet avis.

Les primes à l'égard du Conjoint assuré et des Enfants à charge assurés, s'il y a lieu, feront également l'objet d'une exonération si les primes de l'Employé assuré font l'objet d'une exonération.

Les primes continueront à être exonérées jusqu'à la première des dates suivantes :

1. la date de la fin de la présente assurance;
2. la date du soixante-cinquième (65^e) anniversaire de l'Employé assuré;
3. la date à laquelle l'Employé assuré cesse d'être totalement invalide;
4. la date à laquelle l'Employé assuré omet de fournir à l'Assureur une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la demande d'une telle preuve ou si l'Employé assuré refuse de se soumettre à un examen.

Le maintien de la participation à l'assurance par suite d'exonération des primes sera soumis aux exclusions, limitations et dispositions qui sont en vigueur au début de l'invalidité totale, y compris les dispositions prévoyant des réductions de Capital assuré.

Nonobstant toute autre disposition des présentes, en aucun cas les prestations payables pour tout Diagnostic de Maladie grave qui survient pendant que la participation à l'assurance est maintenue en vertu de l'exonération des primes ne peuvent dépasser le montant d'assurance qui aurait été payable à l'Assuré à la date de début de l'invalidité .

L'Assureur aura le droit de demander une preuve de la continuité de l'invalidité totale et pourrait également exiger que l'Employé assuré invalide se soumette à un examen par le personnel médical de l'Assureur, de temps à autre, lorsque l'Assureur voudrait raisonnablement l'exiger.

MAINTIEN DE PARTICIPATION PENDANT UNE ABSENCE AUTORISÉE

La participation à l'assurance peut être maintenue pour un Employé assuré, son Conjoint assuré et/ou ses Enfants à charge assurés pendant une absence autorisée, une mise à pied temporaire, un congé de maternité ou parental ou un congé pour invalidité de l'Employé assuré, pourvu que le paiement de la prime se poursuive.

Le maintien de la participation ne pourra toutefois pas se poursuivre après 0 h 01 :

- 1) à l'égard de toute absence autorisée par le Contractant ou ses sociétés affiliées, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin d'une période de douze (12) mois ayant commencé à la date à laquelle cette absence autorisée a débuté ou à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou ses sociétés affiliées ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien de la participation pour des périodes de plus de douze (12) mois peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant ou ses sociétés affiliées à l'Assureur;
- 2) à l'égard de toute mise à pied temporaire autorisée par le Contractant, le premier (1^{er}) jour suivant la fin d'une période de trente-cinq (35) semaines consécutives ayant commencé à la date à laquelle cette mise à pied temporaire a débuté ou à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome, selon la première de ces éventualités. Le maintien de la participation pour des périodes de plus de trente-cinq (35) semaines peut être octroyé, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant à l'Assureur;
- 3) à l'égard d'une grève, le trente et unième (31^e) jour suivant le début de la grève, ou plus tard si cela est approuvé par le Contractant ou ses sociétés affiliées;
- 4) à l'égard d'un congé de maternité ou parental autorisé par le Contractant ou ses sociétés affiliées, à la date à laquelle l'Employé assuré retourne au travail à tout titre pour le Contractant ou ses sociétés affiliées ou pour un autre employeur, y compris un travail autonome; et
- 5) à l'égard d'une absence pour invalidité autorisée par le Contractant ou ses sociétés affiliées, à la date à laquelle l'Employé assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans, est admissible à une exonération de primes ou retourne au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

Lorsque la participation à l'assurance est maintenue en vertu des dispositions du présent article, les dispositions qui s'appliquent sont celles qui étaient en vigueur au début de l'absence, y compris toute disposition prévoyant la réduction du Capital assuré.

Nonobstant toute stipulation contraire du régime, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant le maintien de la participation ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable pour le même événement au début de l'absence.

PROLONGATION D'ASSURANCE

La participation à l'assurance de la Police sera maintenue pendant une période allant jusqu'à douze (12) mois pour l'Employé assuré dont le Contractant ou ses sociétés affiliées a mis fin à l'emploi si cette prolongation est exigée par une loi provinciale ou fédérale applicable en matière d'emploi ou par une convention d'indemnité de départ reçue par l'Employé assuré de la part du Contractant ou de ses sociétés affiliées et que le paiement des primes se poursuit. Dans ces conditions, l'assurance du Conjoint assuré et/ou des Enfants à charge assurés se poursuivra également, à la condition que le paiement des primes se poursuive.

Cette prolongation d'assurance prendra fin à 0 h 01, le premier (1^{er}) jour du mois suivant la fin de la période de douze (12) mois ou la date à laquelle l'Employé assuré retournera au travail à tout titre, selon la première de ces éventualités.

La prolongation d'assurance peut être octroyée pour des périodes de plus de douze (12) mois, sous réserve d'une demande écrite soumise par le Contractant ou ses sociétés affiliées à l'Assureur.

Les dispositions qui s'appliqueront pendant la prolongation seront celles qui étaient en vigueur à la date de la cessation d'emploi, y compris toute disposition prévoyant la réduction du Capital assuré.

Nonobstant toute stipulation contraire de la Police, la prestation payable en raison d'un événement couvert survenu pendant la prolongation d'assurance ne peut en aucun cas dépasser le montant qui aurait été payable pour le même événement à la date de la cessation d'emploi.

EXCLUSIONS

Aucune prestation ne sera versée si une Maladie grave est le résultat direct ou indirect de l'une ou plusieurs des causes ou situations suivantes :

1. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance :
 - a) un Diagnostic de Cancer est posé; ou
 - b) la personne a présenté des signes ou symptômes de cancer ou a subi des investigations menant au Diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de cette Police) sans égard à la date du Diagnostic.
2. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance :
 - a) un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne est posé; ou
 - b) la personne a présenté des signes ou symptômes de Tumeur cérébrale bénigne ou a subi des investigations menant au Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne sans égard à la date du Diagnostic.
3. Les conditions de la Période de survie ne sont pas respectées.
4. L'Assuré se blesse volontairement ou s'expose volontairement à une maladie, qu'il soit sain d'esprit ou non au moment de cet acte.
5. L'Assuré a utilisé des drogues illicites, ou toute drogue d'une façon contraire à celle prescrite, recommandée ou administrée par un Médecin ou contrairement à ses instructions, que ces drogues soient ou non disponibles uniquement sous ordonnance.
6. L'Assuré a un cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de son assurance, si ce même cancer récidive ou se métastase après cette date de prise d'effet sauf si toutes les conditions à la section « Prestation en cas de récidive de Cancer » sont respectées.
7. L'Assuré a conduit un véhicule motorisé pendant que la concentration d'alcool dans son sang dépassait la limite légale s'appliquant à l'endroit où est survenu l'événement qui a été à l'origine de la Maladie grave.
8. L'Assuré a commis un acte criminel ou a provoqué des troubles, ou il a tenté de le faire.
9. La Maladie grave résulte de l'usage abusif d'alcool.
10. L'Assuré a participé à une émeute, à une guerre ou à une insurrection.
11. Des Antécédents médicaux, sauf si le Diagnostic de Maladie grave pour lequel une demande de règlement est faite est posé plus de vingt-quatre (24) mois après la date de prise d'effet de l'assurance de la personne concernée, et sous réserve de toute autre disposition de la section « Exclusion relative aux Antécédents médicaux ».

EXCLUSION RELATIVE AUX ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cette exclusion pour Antécédents médicaux s'applique seulement aux portions de Capital assuré qui sont obtenues sans preuves d'assurabilité et aux Maladies graves qui sont ajoutées à l'assurance sans preuves d'assurabilité.

Si l'assurance en cas de Maladies graves remplace directement une autre assurance comportant des garanties similaires et qui a pris fin dans les trente et un (31) jours précédant l'entrée en vigueur de l'assurance de remplacement, l'Assuré qui a satisfait la période d'exclusion pour les Antécédents médicaux dans l'ancien contrat sera réputé avoir satisfait la période d'exclusion pour les Antécédents médicaux du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du Capital assuré de l'ancien contrat et uniquement pour les Maladies graves couvertes par l'ancien contrat. Toute assurance obtenue sans preuves d'assurabilité, qu'il s'agisse d'un nouveau montant ou d'une nouvelle Maladie grave couverte, sera soumise aux termes de cette exclusion.

Si le contrat précédent a pris fin dans les trente et un (31) jours précédant la prise d'effet du contrat de remplacement, la portion de période d'exclusion pour Antécédents médicaux que l'Assuré a satisfaite dans l'ancien contrat est réduite de la période à satisfaire en vertu du contrat de remplacement, mais uniquement jusqu'à concurrence du montant d'assurance de l'ancien contrat et uniquement à l'égard des Maladies graves couvertes par cet ancien contrat. Tout autre montant et toute autre maladie seront assujetties à l'exclusion pour Antécédents médicaux.

PAIEMENT DE L'ASSURANCE

Prime bimensuelle

Taux bimensuel pour chaque tranche de 5 000 \$ du capital assuré (taxe de vente provinciale en sus) :

ÂGE	Taux de prime (\$)			
	Homme		Femme	
	Non-Fumeur	Fumeur	Non-Fumeur	Fumeur
15-19	0,215 \$	0,245 \$	0,186 \$	0,215 \$
20-24	0,226 \$	0,257 \$	0,174 \$	0,203 \$
25-29	0,305 \$	0,370 \$	0,290 \$	0,358 \$
30-34	0,328 \$	0,418 \$	0,378 \$	0,511 \$
35-39	0,375 \$	0,541 \$	0,450 \$	0,703 \$
40-44	0,529 \$	0,903 \$	0,579 \$	1,071 \$
45-49	0,884 \$	1,789 \$	0,843 \$	1,756 \$
50-54	1,388 \$	3,196 \$	1,149 \$	2,526 \$
55-59	2,380 \$	5,857 \$	1,556 \$	3,352 \$
60-64	4,053 \$	9,808 \$	2,307 \$	4,573 \$
65	5,392 \$	13,053 \$	3,070 \$	6,085 \$
66	5,930 \$	14,358 \$	3,375 \$	6,692 \$
67	6,524 \$	15,795 \$	3,713 \$	7,360 \$
68	7,176 \$	17,376 \$	4,082 \$	8,096 \$
69	7,892 \$	19,112 \$	4,490 \$	8,904 \$

Taux bimensuel pour chaque tranche de 5 000 \$ du capital assuré par famille (taxe de vente provinciale en sus) pour les Enfants à charge : 1,103 \$

Pour calculer la prime bimensuelle à payer pour votre couverture ou pour celle de votre conjoint, utilisez le taux bimensuel applicable (selon sur l'âge, le sexe et l'usage du tabac de la personne assurée) dans la table des taux bimensuels ci-contre et multipliez ce taux par le nombre de tranches de 5 000 \$ comprises dans le capital assuré.

Pour calculer la prime bimensuelle à payer pour assurer l'ensemble de vos enfants à charge, multipliez le taux de prime de 1,103 \$ par le nombre de tranches de 5 000 \$ comprises dans le capital assuré déterminé pour vos enfants à charge.

PAIEMENT DE LA PRIME

Les primes pour votre assurance ainsi que l'assurance de votre conjoint, si applicable, sont payées par vous grâce au prélèvement automatique sur la paie.

LIMITATION DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à l'Assureur par le Contractant ou ses sociétés affiliées. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

LIEU DU DIAGNOSTIC

Si un Assuré présente une demande de règlement pour une Maladie grave se manifestant ou pour laquelle un Diagnostic est posé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, l'Assuré pourra avoir droit à cette indemnité au moment de son retour au Canada. Avant de déterminer l'admissibilité, l'Assureur dispose néanmoins du droit de demander à l'Assuré de passer un nouvel examen médical venant confirmer le Diagnostic de Maladie grave à son retour au Canada.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Déclaration de Maladie grave La déclaration écrite de la Maladie grave faisant l'objet d'une demande de règlement doit être remise à l'Assureur au plus tard trente (30) jours après le Diagnostic qui est à l'origine de la Maladie grave. Une telle déclaration doit être remise par écrit par l'Assuré, par le bénéficiaire ou par la personne qui a droit à la prestation en vertu de la Police, selon le cas, ou en leur nom, au 1200, Avenue Papineau, bureau 460, Montréal (Québec), H2K 4R5, à un de ses bureaux régionaux ou à un de ses mandataires autorisés et accompagnée des renseignements permettant d'identifier l'Assuré dont la Maladie grave constitue le fondement de cette déclaration. Le fait de ne pas présenter la déclaration dans le délai imparti dans la Police n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un an après le Diagnostic.

Formulaires de demande de règlement Lorsque l'Assureur reçoit la déclaration, il fournit au demandeur les formulaires habituels de demande de règlement. Le demandeur qui, au bout de quinze (15) jours, n'a pas reçu ces formulaires est réputé s'être conformé aux exigences de la Police à l'égard des pièces justificatives de la Maladie grave si, dans le délai imparti dans la Police, il fournit les pièces justificatives de la Maladie grave exposant les circonstances, la nature et l'étendue de la Maladie grave qui fait l'objet de la demande de règlement.

Pièces justificatives de la Maladie grave Les pièces justificatives de la Maladie grave doivent être remises à l'Assureur au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après le Diagnostic qui est à l'origine de la Maladie grave. Le fait de ne pas présenter pièces justificatives dans le délai imparti, n'invalide pas la demande de règlement s'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire et que la déclaration a été présentée dès que possible, mais dans tous les cas pas plus d'un an après le Diagnostic.

Examen physique et autopsie Tant que la demande de règlement est en cours de validation, l'Assureur se réserve le droit de faire examiner l'Assuré par un Médecin désigné par lui pour qu'il puisse confirmer le Diagnostic de Maladie grave. Il se réserve aussi le droit de faire subir à l'Assuré un examen physique toutes les fois qu'il le juge opportun, sous réserve toutefois qu'il en acquitte les frais. Il peut aussi exiger une autopsie en cas de décès, lorsque la loi le permet.

Versement des prestations Toutes les prestations payables en vertu de la Police sont réglées dès que l'Assureur juge suffisantes les preuves qu'il a reçues pour démontrer que les exigences de la Police sont respectées relativement à la Maladie grave concernée. Toutes les sommes payables en vertu de la Police le sont en monnaie légale du Canada.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION

La présente annexe fait état des exclusions de réadmission de toutes les Maladies graves qui peuvent se trouver dans l'un ou l'autre des ensembles offerts par l'Assureur pour l'Assurance en cas de maladies graves. Le Contractant et ses sociétés affiliées et les employés assurés sont ainsi avisés que l'Assureur continuera à appliquer ces exclusions même en cas de changement dans les choix de garanties d'Assurance en cas de maladies graves. Se reporter aux dispositions des garanties d'assurance en cas de maladies graves pour prendre connaissance des Maladies graves et Interventions chirurgicales effectivement couvertes par le contrat.

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour une personne assurée autre qu'un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable pour la situation décrite dans l'une des colonnes de droite du tableau ci-dessous, certaines des situations décrites dans la colonne de gauche ne peuvent plus donner droit à des prestations pour la même personne. Dans les cas où une situation ne peut plus donner droit à des prestations, un X se trouve à la fois vis-à-vis la situation décrite à gauche et la situation de la colonne concernée. De plus, pour qu'une situation puisse ouvrir droit à des prestations, elle doit être incluse dans la liste des Maladies graves couvertes pour la personne assurée ou à l'article « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

Lorsqu'une demande de règlement a été faite pour un Enfant à charge et qu'une prestation a été jugée payable, d'autres prestations ne peuvent en aucun cas devenir payables pour cet Enfant à charge, peu importe les maladies qui sont en cause.

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Accident vasculaire cérébral	Anémie aplasique	Angioplastie coronarienne	Arthrite rhumatoïde grave	Brûlures graves	Cancer (mettant la vie en danger)	Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X						
Anémie aplasique		X				X	
Angioplastie coronarienne	X		X				X
Arthrite rhumatoïde grave				X			
Brûlures graves					X		
Cancer (mettant la vie en danger)		X				X*	
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)		X	X			X	X
Carcinome canalaire in situ du sein		X	X			X	X
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité							
Chirurgie de l'aorte	X						
Coma	X						
Crise cardiaque	X						
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	X			X			
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X			X			
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X			X		X	
Insuffisance rénale	X			X			
Lupus érythémateux disséminé				X			
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie				X			
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A		X	X			X	X
Méningite purulente							
Paralysie					X		
Perte d'autonomie	X	X		X	X	X	
Perte de l'usage de la parole							
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien	X						
Remplacement d'une hanche par chirurgie				X			
Remplacement d'un genou par chirurgie				X			
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X						
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité							
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Carcinome canalaire in situ du sein	Cardiomyopathie dilatée	Cécité	Chirurgie de l'aorte	Coma	Crise cardiaque	Défaillance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente en vue d'une greffe
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X		X	X	X	X
Anémie aplasique							X
Angioplastie coronarienne	X	X		X		X	
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)							X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	X						X
Carcinome canalaire in situ du sein	X						X
Cardiomyopathie dilatée		X					
Cécité			X		X		
Chirurgie de l'aorte		X		X		X	
Coma		X		X	X	X	X
Crise cardiaque		X		X		X	X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		X		X		X	X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X		X		X	
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital		X		X		X	X
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive							
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X		X		X	X
Insuffisance rénale		X		X		X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A	X						X
Méningite purulente							
Paralysie					X		
Perte d'autonomie		X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole					X		
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien		X		X		X	
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X		X		X	
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	Dystrophie musculaire	Grefte d'un organe vital	Hépatite virale fulminante	Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Infection au VIH dans le cadre du travail	Insuffisance hépatique à un stade avancé
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X	X		X	X	X
Anémie aplasique			X				
Angioplastie coronarienne							X
Arthrite rhumatoïde grave							
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)			X	X		X	X
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)			X	X		X	X
Carcinome canalaire in situ du sein			X	X		X	X
Cardiomyopathie dilatée		X			X		
Cécité		X				X	X
Chirurgie de l'aorte					X		X
Coma		X	X		X	X	X
Crise cardiaque		X	X		X		X
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		X	X	X	X		X
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X						
Dystrophie musculaire		X					
Grefte d'un organe vital		X	X	X	X		X
Hépatite virale fulminante				X			
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					X		
Infection au VIH dans le cadre du travail						X	
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X	X	X		X	X
Insuffisance rénale		X	X		X	X	X
Lupus érythémateux disséminé							
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie							
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques							
Maladie du motoneurone							
Mélanome malin au stade 1A			X	X		X	X
Méningite purulente							
Paralysie		X				X	X
Perte d'autonomie	X	X	X		X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X				X	
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien					X		X
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques							X
Sclérose généralisée évolutive							X
Surdité		X				X	
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Insuffisance rénale	Lupus érythémateux disséminé	Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	Maladie du motoneurone	Mélanome malin au stade IA	Méningite purulente
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral	X	X			X		X
Anémie aplasique							
Angioplastie coronarienne						X	
Arthrite rhumatoïde grave	X	X	X				
Brûlures graves							
Cancer (mettant la vie en danger)							
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)						X	
Carcinome canalaire in situ du sein						X	
Cardiomyopathie dilatée							
Cécité					X		X
Chirurgie de l'aorte							
Coma	X			X	X		X
Crise cardiaque	X				X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	X	X	X				
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer							
Dystrophie musculaire							
Greffe d'un organe vital	X	X	X				
Hépatite virale fulminante							
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail							
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X	X	X				
Insuffisance rénale	X	X	X				
Lupus érythémateux disséminé	X	X	X				
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie	X	X	X				
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques				X			
Maladie du motoneurone					X		
Mélanome malin au stade IA						X	
Méningite purulente							X
Paralysie				X	X		X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X		X
Perte de l'usage de la parole				X	X		X
Perte de membres							
Pontage aortocoronarien							
Remplacement d'une hanche par chirurgie							
Remplacement d'un genou par chirurgie							
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque							
Sclérose en plaques							
Sclérose généralisée évolutive							
Surdité					X		X
Tumeur cérébrale bénigne							

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante						
	Paralysie	Perte d'autonomie	Perte de l'usage de la parole	Perte de membres	Pontage aorto-coronarien	Remplacement d'une hanche par chirurgie	Remplacement d'un genou par chirurgie
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante							
Accident vasculaire cérébral		X			X		
Anémie aplasique		X					
Angioplastie coronarienne					X		
Arthrite rhumatoïde grave		X				X	X
Brûlures graves		X					
Cancer (mettant la vie en danger)		X					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)							
Carcinome canalaire in situ du sein							
Cardiomyopathie dilatée		X					
Cécité		X					
Chirurgie de l'aorte		X			X		
Coma	X	X			X		
Crise cardiaque		X			X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		X			X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		X			X		
Dystrophie musculaire		X					
Greffe d'un organe vital		X			X		
Hépatite virale fulminante		X					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		X					
Infection au VIH dans le cadre du travail		X					
Insuffisance hépatique à un stade avancé		X			X		
Insuffisance rénale		X			X		
Lupus érythémateux disséminé		X					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie		X					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		X					
Maladie du motoneurone		X					
Mélanome malin au stade 1A							
Méningite purulente		X					
Paralysie	X	X					
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole	X	X	X				
Perte de membres		X		X			
Pontage aortocoronarien		X			X		
Remplacement d'une hanche par chirurgie		X				X	X
Remplacement d'un genou par chirurgie		X				X	X
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		X			X		
Sclérose en plaques		X					
Sclérose généralisée évolutive		X					
Surdité		X					
Tumeur cérébrale bénigne		X					

ANNEXE DES EXCLUSIONS DE RÉADMISSION (suite)

	Si une prestation a été payée pour la situation suivante				
	Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	Sclérose en plaques	Sclérose généralisée évolutive	Surdité	Tumeur cérébrale bénigne
Aucune prestation ne peut devenir payable pour la situation subséquente suivante					
Accident vasculaire cérébral	X	X	X		X
Anémie aplasique					
Angioplastie coronarienne	X				
Arthrite rhumatoïde grave					
Brûlures graves					
Cancer (mettant la vie en danger)					
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)					
Carcinome canalaire in situ du sein					
Cardiomyopathie dilatée					
Cécité		X			X
Chirurgie de l'aorte	X				
Coma	X	X	X		X
Crise cardiaque	X		X		
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	X		X		
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	X				
Dystrophie musculaire					
Greffe d'un organe vital	X		X		
Hépatite virale fulminante					
Hypertension artérielle pulmonaire primitive					
Infection au VIH dans le cadre du travail					
Insuffisance hépatique à un stade avancé	X		X		
Insuffisance rénale	X	X	X		
Lupus érythémateux disséminé					
Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie					
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques					
Maladie du motoneurone					
Mélanome malin au stade 1A					
Méningite purulente					X
Paralysie		X			X
Perte d'autonomie	X	X	X	X	X
Perte de l'usage de la parole		X			X
Perte de membres					
Pontage aortocoronarien	X				
Remplacement d'une hanche par chirurgie					
Remplacement d'un genou par chirurgie					
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	X				
Sclérose en plaques					
Sclérose généralisée évolutive			X		
Surdité		X		X	X
Tumeur cérébrale bénigne					X

* Lorsqu'une demande a été faite pour une personne assurée en rapport avec un Cancer avec risque de décès, une autre demande pour Cancer ne peut être ultérieurement approuvée, sauf dans les cas où la garantie comporte l'article « Prestation en cas de récurrence de Cancer » et que toutes les exigences qui y sont prévues sont respectées.