



Soumission

Assurance en cas de maladie grave
Programme d'avantages collectifs

Table des matières

Le besoin de l'assurance en cas de maladie grave.....1
Assurance en cas de maladie grave2
Sommaire des prestations3
Caractéristiques standards5
Cessation de couverture8
Conditions de paiement des prestations.....9
Exclusions10
Limites11
Définitions des maladies ou affections couvertes12

Le besoin de l'assurance en cas de maladie grave

Un mode de vie plus sain, une plus grande conscience de soi, et les avancées importantes dans le domaine de la médecine font que les risques auxquels nous devons aujourd'hui faire face en matière de santé sont bien différents de ce qu'ils étaient il y a 25 ans. Le taux de survie des Canadiens qui ont souffert d'une maladie mortelle s'est amélioré et continuera de s'améliorer grâce à ces avancées.

Bien que nous ayons dépassé toutes les attentes, un nombre alarmant de Canadiens sera atteint d'une maladie grave au cours de sa vie.

Quels sont les risques aujourd'hui

- On estime qu'il y a eu 206 300 nouveaux cas de cancer et 80 800 décès causés par le cancer au Canada en 2017.
- Environ 62 000 accidents vasculaires cérébraux surviennent au Canada chaque année, soit un accident vasculaire cérébral toutes les 9 minutes.
- Les Canadiens affichent l'un des taux de sclérose en plaques les plus élevés au monde.
- On estime que 669 600 Canadiens vivent avec une insuffisance cardiaque et que 92 900 nouveaux patients reçoivent un diagnostic chaque année.

Sources : Statistiques 2018 de la Société canadienne du cancer; Bulletin sur l'AVC 2017 de Cœur + AVC; Société canadienne de la sclérose en plaques

L'assurance en cas de maladie grave allège une partie des préoccupations liées au fardeau financier d'un assuré atteint d'une maladie ou d'une affection couverte.

Exemples d'utilisation des prestations d'assurance en cas de maladie grave

- Adaptation de la résidence
- Convalescence
- Vacances
- Soins infirmiers privés
- Garde des enfants
- Paiement des dettes
- Changement du mode de vie
- Changement de travail
- Investissement pour revenus futurs
- Supplément aux futures prestations de retraite, etc.

Assurance en cas de maladie grave

L'assurance en cas de maladie grave vise à offrir des ressources financières aux employés qui souffrent d'une maladie ou d'une affection grave, afin de leur permettre de s'adapter aux changements apportés à leur mode de vie. Un montant forfaitaire sera versé à l'employé qui reçoit un diagnostic de maladie ou d'affection couverte, s'il survit pendant une période déterminée après le diagnostic ou la survenance de la maladie ou de l'affection.

Les groupes ont la possibilité de choisir parmi les garanties suivantes : protection de l'employé seulement, protection de l'employé et du conjoint ou protection de l'employé et de sa famille.

Description

- S'il est établi par un diagnostic que l'employé souffre d'une maladie ou d'une affection couverte par la garantie et si ce dernier ne décède pas pendant les 30 jours qui suivent la date de la survenance d'un événement défini ou du diagnostic (90 jours en cas de paralysie, de perte d'autonomie ou de méningite purulente et 180 jours en cas de sclérose en plaques ou de perte de l'usage de la parole), il reçoit le montant forfaitaire prévu par la garantie.
- Il s'agit de prestations du vivant de l'assuré.
- Contrairement à une assurance-vie, les prestations sont versées à l'employé et non à ses bénéficiaires.
- Le paiement des prestations n'est pas conditionnel à la capacité ou à l'incapacité de l'employé de travailler pendant la convalescence. La guérison complète n'aura pas d'incidence sur le paiement des prestations.
- Les prestations sont versées sans tenir compte de toute autre assurance de soins de santé et l'utilisation de ces sommes demeure à la discrétion de l'employé.
- Les définitions des maladies et affections couvertes sont conformes aux définitions de référence de l'industrie, fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP).

Maladies ou affections couvertes

L'employé, son conjoint et les enfants à charge (si la protection du conjoint ou familiale a été retenue) sont couverts pour les 25 maladies ou affections suivantes :

- Accident vasculaire cérébral
- Anémie aplastique
- Brûlures graves
- Cancer (mettant la vie en danger)
- Cécité
- Chirurgie de l'aorte
- Coma
- Crise cardiaque
- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Démence, y compris maladie d'Alzheimer
- Greffe d'un organe vital
- Infection à VIH contractée au travail
- Insuffisance rénale
- Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
- Maladie du motoneurone
- Méningite purulente
- Paralysie
- Perte d'autonomie
- Perte de l'usage de la parole
- Perte de membres
- Pontage aortocoronarien
- Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
- Sclérose en plaques
- Surdité
- Tumeur cérébrale bénigne

Les enfants à charge sont couverts (si la protection familiale a été retenue) pour ces six maladies ou affections additionnelles, spécifiques pour les enfants :

- Diabète sucré de type 1
- Dystrophie musculaire
- Fibrose kystique
- Maladie congénitale du cœur
- Paralysie cérébrale
- Syndrome de Downs

Sommaire des prestations

Admissibilité

Protection de l'employé seulement (assurance de base)

- Tout employé à temps plein de moins de 70 ans résidant au Canada et effectivement au travail est admissible.
- L'expression « effectivement au travail » signifie que l'employé est effectivement au travail à son lieu de travail habituel et qu'il est capable d'accomplir toutes les tâches habituelles et courantes de sa profession de façon permanente et à temps plein.
- L'expression « à temps plein » signifie une période de travail d'au moins 20 heures par semaine au plein salaire.
- Protection MultiPrestations et protection PrévenSoins incluses.
- L'exonération des primes est incluse.

Tableau des prestations

Nombre d'employés	Prestations minimales	Prestations maximales	Maximums sans preuve d'assurabilité
1-2*	5 000 \$	25 000 \$	0 \$
3-9	5 000 \$	25 000 \$	25 000 \$
10-24	5 000 \$	50 000 \$	50 000 \$
25-49	5 000 \$	100 000 \$	100 000 \$
50-299	5 000 \$	150 000 \$	150 000 \$

* La couverture pour les groupes composés de 1 ou 2 employés doit faire l'objet d'une tarification médicale et les propositions doivent être approuvées avant que la couverture n'entre en vigueur.

Protection de l'employé et du conjoint (facultative)

- Admissibilité des conjoints de moins de 70 ans résidant au Canada.
- Adhésion garantie.
- Protection des conjoints jusqu'à 50 % du montant de prestations accordé aux employés, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour les groupes de 3 à 9 employés assurés, de 25 000 \$ pour les groupes de 10 à 24 employés assurés et de 50 000 \$ pour les groupes de 25 employés assurés ou plus.
- La couverture n'est pas offerte aux groupes composés de 1 ou 2 personnes assurées.

Protection de l'employé et de sa famille (facultative)

- Admissibilité des conjoints de moins de 70 ans résidant au Canada.
- Admissibilité des enfants à charge jusqu'à l'âge de 21 ans (inclusivement)[ou 25 ans s'ils sont des étudiants à temps plein] qui résident au Canada.
- Adhésion garantie.
- Protection des conjoints jusqu'à 50 % du montant de prestations accordé aux employés et par tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour les groupes de 3 à 9 employés assurés et jusqu'à concurrence de 25 000 \$ pour les groupes de 10 employés assurés ou plus.

- Protection des enfants à charge de 5 000 \$ pour les groupes de 3 à 9 employés assurés ou, au choix, de 5 000 \$ ou de 10 000 \$ pour les groupes de 10 employés assurés ou plus.
- La couverture n'est pas offerte aux groupes composés de 1 ou 2 personnes assurées.

L'assurance en cas de maladie grave est souscrite par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ("iA Groupe financier").

Caractéristiques standards

Protection MultiPrestations

Cette garantie permet aux employés de réclamer plusieurs fois les prestations d'assurance en cas de maladie grave, à condition que les maladies ultérieures ne soient pas apparentées à une maladie ou à une affection du même groupe (voir le tableau des groupes ci-dessous).

- Le diagnostic subséquent doit être relatif à une maladie ou à une affection d'un autre groupe dans le cadre de la protection MultiPrestations.
- Un employé ne peut présenter qu'une demande de règlement par groupe (notez que l'accident vasculaire cérébral est inclus dans les groupes 2 et 3).
- Les conjoints et enfants à charge ne peuvent pas bénéficier de la protection MultiPrestations.

Groupe	Maladies ou affections couvertes
Groupe 1	Cancer (mettant la vie en danger)
Groupe 2	Chirurgie de l'aorte, pontage aortocoronarien, crise cardiaque, remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque, accident vasculaire cérébral
Groupe 3	Démence y compris maladie d'Alzheimer, méningite purulente, tumeur cérébrale bénigne, coma, perte d'autonomie, perte de l'usage de la parole, maladie du motoneurone, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques, accident vasculaire cérébral
Groupe 4	Anémie aplastique, insuffisance rénale, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, greffe d'un organe vital
Groupe 5	Cécité
Groupe 6	Surdité
Groupe 7	Brûlures graves
Groupe 8	Perte de membres
Groupe 9	Infection à VIH contractée au travail

Protection PrévenSoins

Cette garantie couvre 10 % du montant total de prestations d'assurance en cas de maladie grave après diagnostic d'une des conditions de la garantie des soins préalables suivantes :

- Angioplastie coronarienne
- Un des Cancers en première phase

Les prestations ne seront versées que pour une seule maladie ou affection couverte par la protection PrévenSoins; toutefois, le paiement de prestations dans le cadre de la protection PrévenSoins n'aura pas d'incidence sur le versement de prestations en cas de diagnostic ultérieur de maladie ou affection couverte.

Les enfants à charge ne peuvent bénéficier de cette protection.

Réclamations chez TuGo

L'assurance en cas de maladie grave donne également accès à Réclamations chez TuGo, une entreprise qui aide les personnes assurées à obtenir, lorsqu'elles le souhaitent, des soins spécialisés privés pour le traitement d'une maladie diagnostiquée. Avec l'accès à des centres de traitement partout dans le monde, Réclamations chez TuGo peut offrir les services suivants :

- Recommander et trouver des médecins pratiquant dans des établissements médicaux réputés, les plus appropriés pour l'état de santé de la personne assurée et le cours du traitement.
- Coordonner l'intervention chirurgicale et les visites pré- et post-opératoires.
- Coordonner tous les préparatifs de voyage et réserver l'hébergement de la personne assurée et de ses compagnons de voyage.
- Coordonner toute autre particularité liée aux soins médicaux de la personne assurée.
- Proposer des tarifs réduits.

* Veuillez prendre note que des frais d'utilisation pourraient s'appliquer.

Exonération des primes

Si un employé est totalement invalide pendant au moins six mois consécutifs, la prime d'assurance en cas de maladie grave ne sera pas exigée rétroactivement à compter de la date d'invalidité totale. Le paiement de la prime du conjoint et/ou des enfants à charge assurés ne sera pas non plus exigé.

L'exonération des primes est assujettie aux conditions suivantes :

- L'invalidité totale doit se produire avant le 70^e anniversaire de l'employé. Veuillez prendre note que si un âge de cessation de couverture plus élevé a été sélectionné, celui-ci sera visé.
- Il n'y aura pas d'exonération de prime si l'invalidité totale est causée ou favorisée par une blessure ou une maladie auto-infligée intentionnellement ou résultant d'un acte de guerre.

L'exonération des primes prendra fin à la première des dates suivantes :

- Pour les employés à temps plein de moins de 63 ans qui sont activement au travail lorsque l'invalidité totale se manifeste, l'exonération des primes prendra fin à la date où l'employé aura 65 ans ou à la date de l'âge de cessation de couverture, selon la première de ces dates à survenir.
- Pour les employés à temps plein qui ont entre 63 et 80 ans et qui sont activement au travail lorsque l'invalidité totale se manifeste, l'exonération des primes prendra fin après 24 mois, mais ne se prolongera pas au-delà de l'âge de cessation de couverture. Veuillez prendre note que si un âge de cessation de couverture plus élevé a été sélectionné, celui-ci sera visé.
- Pour les employés à temps plein de plus de 80 ans qui sont activement au travail lorsque l'invalidité totale se manifeste, l'exonération des primes prendra fin après 12 mois, mais ne se prolongera pas au-delà de l'âge de cessation de couverture. Veuillez prendre note que si un âge de cessation de couverture plus élevé a été sélectionné, celui-ci sera visé.

Droit de transformation

Si la couverture d'un employé et/ou conjoint prend fin ou change de sorte qu'ils cessent d'être admissibles au régime, ils peuvent transformer, sans preuve d'assurabilité, leur assurance en cas de maladie grave en une police d'assurance distincte, sous réserve des conditions suivantes :

- à la date à laquelle ils cessent d'être admissibles, l'employé et/ou le conjoint doivent avoir moins de 65 ans et résider au Canada;
- l'employé et/ou le conjoint ne doivent pas avoir reçu de prestations aux termes de la garantie maladies et affections couvertes ou de la protection PrévenSoins du présent régime ni aucunes autres prestations d'assurance en cas de maladie grave aux termes de toute autre assurance collective émise par iA Groupe financier;
- le capital de la police distincte ne doit pas dépasser le montant de l'assurance en vigueur à la date de cessation d'emploi, sous réserve d'un maximum de 100 000 \$ pour l'employé et 25 000 \$ pour le conjoint;
- l'assureur doit être informé de la demande de transformation dans les 31 jours de la date à laquelle l'employé et/ou le conjoint cessent d'être admissibles;
- le taux de prime est établi selon l'âge, le sexe et le statut de fumeur ou de non-fumeur au moment de la transformation;
- la police distincte doit inclure une limite d'âge de 75 ans et ne peut inclure de clause d'exonération des primes, de remboursement des primes, de prestation acquittée ou d'augmentation garantie;
- à la date à laquelle ils cessent d'être admissibles, si l'employé et/ou le conjoint n'ont pas souscrit pendant au moins 24 mois l'assurance en cas de maladie grave, tout temps qui reste en vertu de l'exclusion de l'état préexistant sera reporté à la police distincte;
- les enfants à charge ne sont pas admissibles au droit de transformation.

Remarque : La résiliation du programme d'avantages collectifs ne donne pas à l'employé le droit de transformation en une assurance en cas de maladie grave distincte.

Cessation de couverture

La couverture d'un employé bénéficiant de l'assurance en cas de maladie grave prend fin à la première des dates ci-après :

- La date de résiliation du programme d'avantages collectifs;
- Le jour du 70^e anniversaire de naissance de l'employé;
- Le dernier jour de travail actif lorsque l'employé cesse d'être un employé admissible au sens du programme d'avantages collectifs; ou
- La date établie pour le paiement de toute prime impayée, si elle n'a pas été payée dans les 31 jours du délai de grâce.

Remarque : L'employeur peut choisir de maintenir l'assurance collective pour les employés admissibles jusqu'à l'âge de 85 ans. Si tel est le cas, l'assurance en cas de maladie grave sera maintenue jusqu'à l'âge de cessation de couverture. La couverture de l'employé sera réduite de 50 % à l'âge de 80 ans.

Conditions de paiement des prestations

1. L'employé ne doit pas décéder pendant les 30 jours qui suivent la date à laquelle une maladie ou une affection couverte par la garantie a été diagnostiquée ou après que la maladie ou l'affection ne se soit déclarée, à l'exception des cas de paralysie, de perte d'autonomie ou de méningite purulente pour lesquels la période est de 90 jours et des cas de sclérose en plaques ou de perte de l'usage de la parole pour lesquels la période est de 180 jours.
2. Le diagnostic de la maladie ou de l'affection couverte doit être établi par un médecin spécialiste autorisé et pratiquant au Canada ou aux États-Unis d'Amérique, dont la pratique est limitée à la branche particulière de la médecine liée à la maladie ou à l'affection couverte en question et qui n'est ni l'employé, ni un parent, ni un associé de l'employé.
3. L'assureur se réserve le droit de demander à un médecin désigné par lui d'examiner l'employé afin de confirmer le diagnostic.
4. L'employé doit également répondre à la définition de la maladie ou de l'affection couverte en question sur laquelle est fondée sa réclamation.

Exclusions

En plus des exclusions incluses dans les définitions de certaines maladies et affections couvertes, aucune prestation ne sera versée si une maladie ou affection couverte ou incluse dans la protection PrévenSoins découle directement ou indirectement de l'un ou de plusieurs des états suivants :

1. Toute tentative de suicide;
2. Toute maladie ou affection couverte, qu'elle soit mentale, nerveuse ou psychiatrique, pour laquelle un conseil médical, un traitement, un service, un médicament prescrit, un diagnostic ou une consultation, y compris les consultations en vue d'un examen et/ou d'un diagnostic (lorsque ce dernier n'a pas encore été posé), reçus par la personne assurée ou qui auraient été reçus par une personne prudente dans les 24 mois qui précèdent immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance de l'assuré. La présente exclusion s'applique pour les 24 mois qui suivent la date d'émission de l'assurance d'une personne assurée;
3. La prise de médicaments autrement que sur l'ordonnance d'un médecin autorisé;
4. L'absorption de poison ou l'inhalation de gaz, qu'elle soit volontaire ou involontaire, non liée à l'emploi de la personne assurée;
5. La participation ou une tentative de participation à la perpétration d'un acte criminel, incluant, sans toutefois s'y limiter, la conduite d'un véhicule motorisé alors que la concentration d'alcool dans 100 millilitres du sang de l'assuré dépasse 80 milligrammes;
6. Une blessure infligée intentionnellement, que la personne soit saine d'esprit ou non; et/ou
7. En cas de paralysie, de cécité, de surdité, de brûlures graves, d'un accident vasculaire cérébral, de coma ou de perte de membres résultant, directement ou indirectement, des activités suivantes : boxe amateur ou boxe professionnelle, saut à l'élastique, saut de point fixe, saut de falaise, alpinisme, course automobile ou concours de vitesse terrestre et/ou nautique, saut en parachute ou activités sous-marines, y compris la plongée en scaphandre autonome et la plongée avec snuba.

Limites

1. Aucune prestation ne sera versée si un cancer (mettant la vie en danger) est diagnostiqué ou si des signes, symptômes ou examens menant au diagnostic d'un cancer (mettant la vie en danger), quel que soit le moment du diagnostic, se présentent dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance en cas de maladie grave de l'assuré. Si le diagnostic est confirmé :
 - la garantie de l'employé assuré demeurera en vigueur, mais l'employé ne sera plus couvert en cas de cancer (mettant la vie en danger);
 - la garantie du conjoint assuré ou de l'enfant à charge assuré sera nulle et sans effet.
2. Aucune prestation ne sera versée si une tumeur cérébrale bénigne est diagnostiquée ou si des signes, symptômes ou examens menant au diagnostic d'une tumeur cérébrale bénigne, quel que soit le moment du diagnostic, se présentent dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance en cas de maladie grave de l'assuré. Si le diagnostic est confirmé :
 - la garantie de l'employé assuré demeurera en vigueur, mais l'employé ne sera plus couvert en cas de tumeur cérébrale bénigne ou de toute autre maladie ou affection couverte du groupe 3;
 - la garantie du conjoint assuré ou de l'enfant à charge assuré sera nulle et sans effet.
3. Aucune prestation ne sera versée si un cancer en première phase est diagnostiqué ou si des signes, symptômes ou examens menant au diagnostic d'un cancer en première phase, quel que soit le moment du diagnostic, se présentent dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance en cas de maladie grave de l'assuré. Si le diagnostic est confirmé :
 - les prestations aux termes de la protection PrévenSoins ne pourront être versées;
 - l'assurance en cas de maladie grave demeure en vigueur, mais le cancer en première phase ne fera plus partie de la protection PrévenSoins de la personne assurée.

Définitions des maladies ou affections couvertes

Maladies ou affections couvertes pour les employés, conjoints et enfants à charge

Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral s'entend d'un diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

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

persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection dans les cas suivants :

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

Anémie aplastique

Anémie aplastique s'entend d'un 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 la moelle osseuse. Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par un spécialiste.

Brûlures graves

Brûlures graves s'entend d'un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cancer (mettant la vie en danger)

Cancer (mettant la vie en danger) s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police), peu importe la date du diagnostic; ou

- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police).

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

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de 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; ou
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

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

Aux fins de la police, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Cécité

Cécité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte

Chirurgie de l'aorte s'entend d'une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

Coma s'entend d'un diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection dans les cas suivants :

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

Crise cardiaque

Crise cardiaque s'entend d'un diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection dans les cas suivants :

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

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

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date du diagnostic est la date de l'inscription de la personne assurée dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Démence, y compris maladie d'Alzheimer s'entend d'un diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

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

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un 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 six mois.

Le diagnostic de démence, y compris maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Aux fins de la police, toute référence au mini examen de l'état mental (« Mini Mental State Exam ») est à la publication de Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975; 12(3):189.

Greffe d'un organe vital

Greffe d'un organe vital s'entend d'une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Infection à VIH contractée au travail

Infection à VIH contractée au travail s'entend d'un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eue lieu après la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure.

La prestation exigible au titre de la présente affection ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

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

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection dans les cas suivants :

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

Insuffisance rénale

Insuffisance rénale s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques s'entend d'un diagnostic formel de a) maladie de Parkinson ou de b) syndrome parkinsonien atypique tels que définis ci-dessous.

- a. **Maladie de Parkinson** s'entend d'un diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. 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.
- b. **Syndrome parkinsonien atypique** s'entend du diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie si, dans la première année suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

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

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

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone

Maladie du motoneurone s'entend d'un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire. Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.

Méningite purulente

Méningite purulente s'entend d'un 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 suivant la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

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

Perte d'autonomie

Perte d'autonomie s'entend d'un diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver – la 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 – la 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 – la 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 – la 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 – la capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir – la 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

Perte de l'usage de la parole s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres

Perte de membres s'entend d'un diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Pontage aortocoronarien

Pontage aortocoronarien s'entend d'une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques s'entend d'un diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

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

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

Surdité

Surdité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne

Tumeur cérébrale bénigne s'entend d'un diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

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

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

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente affection pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Remarque : Les maladies ou affections qui ne sont pas expressément désignées en tant que maladies couvertes sont exclues de l'assurance en cas de maladie grave. Le paiement des prestations pour le conjoint ou un enfant à charge se limite à la première maladie ou affection couverte qui survient.

Maladies ou affections couvertes par la protection PrévenSoins

[Applicable uniquement aux employés assurés et leurs conjoints assurés.]

Angioplastie coronarienne

Angioplastie coronarienne s'entend d'une intervention visant à dégager ou dilater une artère coronarienne qui apporte le sang au cœur pour en assurer le débit ininterrompu. La nécessité médicale de cette intervention doit être établie par un spécialiste.

Cancer en première phase

Cancer en première phase s'entend de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- cancer de la peau avec mélanome malin qui est d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou avec atteinte ganglionnaire ou avec métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans mélanome, et sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer de la prostate de stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer papillaire de la thyroïde ou cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre maximal est inférieur ou égal à 2,0 cm et de stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique d'un stade inférieur au stade RAI 1;
- tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes et tumeurs carcinoïdes malignes, d'un stade inférieur au stade AJCC 2; ou
- carcinome canalaire in situ du sein.

Le diagnostic d'un cancer en première phase doit être posé par un spécialiste.

Maladies ou affections couvertes spécifiques pour les enfants à charge

[En plus des 25 maladies ou affections couvertes mentionnées plus haut, les six maladies ou affections de l'enfant s'appliquent également à un enfant à charge assuré.]

Diabète sucré de type 1

Diabète sucré de type 1 s'entend d'un diagnostic du diabète sucré de type 1, caractérisé par une déficience absolue de sécrétion d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. Le diagnostic doit être posé par un pédiatre qualifié ou un endocrinologue licencié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de trois mois.

Dystrophie musculaire

Dystrophie musculaire s'entend d'un diagnostic définitif de dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.

Fibrose kystique

Fibrose kystique s'entend d'un diagnostic définitif de fibrose kystique, mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Maladie congénitale du cœur

Maladie congénitale du cœur s'entend d'un diagnostic d'une des affections du cœur suivantes après une période de survie de 30 jours suivant le diagnostic ou la naissance (le plus tard entre les deux). Le diagnostic doit être posé par un cardiologue pédiatrique qualifié et corroboré par l'imagerie cardiaque appropriée.

- Atrésie d'une valve cardiaque
- Coarctation de l'aorte
- Hypoplasie cœur gauche
- Hypoplasie ventricule droit
- Maladie d'Ebstein
- Retour veineux anormal
- Syndrome d'Eisenmenger
- Tétralogie de Fallot
- Transposition des gros vaisseaux
- Tronc artériel commun
- Ventricule à double voie d'entrée
- Ventricule gauche à double issue
- Ventricule unique

Exclusion : Les techniques telles que la valvuloplastie et la fermeture de communication interauriculaire percutanée sont exclues. Toutes les autres affections cardiaques congénitales sont exclues.

Paralysie cérébrale

Paralysie cérébrale s'entend d'un diagnostic définitif de paralysie cérébrale, révélé par des troubles neurologiques non évolutifs caractérisés par des spasmes et une incoordination des mouvements.

Syndrome de Down

Syndrome de Down s'entend du diagnostic définitif du syndrome de Down corroboré par une preuve chromosomique de la trisomie 21.

Remarque : Les maladies ou affections qui ne sont pas expressément désignées en tant que maladies couvertes sont exclues de l'assurance en cas de maladie grave. Le paiement des prestations pour un enfant à charge se limite à la première maladie ou affection couverte qui survient.

La présente soumission a été conçue pour fournir un aperçu de l'assurance offerte dans le cadre du Régime d'avantages collectifs de Victor.

Il s'agit d'une soumission d'assurance seulement. Le conseiller de votre régime vous fournira un devis qui confirmera vos choix de garanties et les frais de prime associés.

Note : L'usage exclusif du masculin dans le texte ne vise qu'à alléger celui-ci. Les mots de genre masculin appliqués aux personnes désignent les hommes et les femmes.



**Pour plus de renseignements,
connectez-vous à victorinsurance.ca/gbconnect.**

Gestionnaires d'assurance Victor inc., 600-55, Standish Court, Mississauga (Ontario) L5R 4B2

© 2020 Gestionnaires d'assurance Victor inc.