



CONTINUITÉ
Sun Life

**Nous sommes là
pour vous aider –
avec l'assurance contre
les maladies graves Continuité**

Un régime d'assurance contre les maladies graves
qui répond à vos besoins d'aujourd'hui et de demain.

Nous comprenons que vous pouvez avoir l'esprit ailleurs quand vous changez d'emploi. La bonne nouvelle? Le fait de quitter votre employeur ne signifie pas que vous devez renoncer à votre assurance contre les maladies graves.

Assurance contre les maladies graves Continuité – une façon intelligente de faire face aux imprévus

Aviez-vous une assurance contre les maladies graves avec la Sun Life dans le cadre de votre régime au travail? Vous pourriez être en mesure de la transférer quand vous quitterez ce régime. Nous avons fait en sorte qu'il vous soit simple et abordable d'être préparé sur le plan financier si vous étiez touché par une maladie qui viendrait bouleverser votre vie. Voici les avantages de l'assurance contre les maladies graves Continuité :

Vous avez plus de 70 ans ou vous cherchez plus de protection? Nous avons des solutions pour vous. Appelez-nous au 1-877-893-9893 pour connaître vos options.

- **Une couverture garantie pour vous et votre famille en quelques minutes – aucune question sur votre santé et aucun examen médical**

Appelez-nous **dans les 60 jours** suivant la cessation de votre couverture au travail et vous pourriez transférer votre assurance contre les maladies graves ainsi que celle de votre conjoint et de vos enfants. Tout peut se faire au téléphone. Nous ne vous poserons aucune question sur votre santé, et aucun examen médical n'est requis. Vous et votre conjoint devez avoir entre 18 et 69 ans (ou 65 ans, s'il s'agit de l'âge maximum permis par le régime de votre ancien employeur). Vos enfants doivent avoir moins de 21 ans (ou moins de 25 ans s'ils étudient à temps plein dans un collège ou une université; moins de 26 ans s'ils résident au Québec).

- **3 formules pour remplacer votre couverture au travail**

Nous vous offrons trois formules – pour tenir compte de 3, 11 ou 25 affections – selon ce que votre régime au travail couvrait. Pour la couverture que vous transférez, la date d'entrée en vigueur de la couverture collective s'appliquera pour ce qui est :

- de la période moratoire d'exclusion en cas de tumeur cérébrale bénigne, de cancer ou de maladie de Parkinson;
- de l'exclusion relative aux maladies préexistantes.

Si votre couverture au travail incluait 19 ou 20 affections, nous vous attribuerons la formule couvrant 25 affections. La date d'entrée en vigueur de la couverture des 5 ou 6 affections supplémentaires sera celle de votre assurance contre les maladies graves Continuité, et l'exclusion relative aux maladies préexistantes s'appliquera.

- **Conservez le même montant de couverture**

Vous pouvez conserver le montant d'assurance contre les maladies graves que vous aviez au travail. Il s'agit d'une couverture allant jusqu'à 100 000 \$ pour les adultes et 20 000 \$ pour chaque enfant qui était couvert au titre de votre régime au travail.

- **Options offertes à l'égard des enfants qui sont trop âgés pour être couverts**

La couverture de vos enfants n'a pas à prendre fin à l'âge de 21 ans (ou 25 ans s'ils étudient à temps plein dans un collège ou une université) ou de 26 ans (résidents du Québec). Vous pouvez transformer l'assurance contre les maladies graves Continuité de vos enfants en couverture pour adulte avec le même montant d'assurance.

Nos conseillers en services financiers autorisés (personnes portant le titre de conseiller en sécurité financière au Québec) peuvent évaluer vos besoins de couverture et vous recommander des solutions correspondant à votre budget. Nous pouvons aussi vous adresser à un conseiller Financière Sun Life de votre région. Il pourra vous présenter d'autres options d'assurance afin que vous obteniez la couverture qui vous convient.



N'attendez plus et appelez-nous. 1-877-893-9893

entre 8 h et 20 h HE | du lundi au vendredi

Nous avons ce qu'il vous faut

L'assurance contre les maladies graves offre une aide financière pour payer les frais associés à une maladie qui viendrait bouleverser votre vie. Si vous souffrez d'une des maladies couvertes et survivez au-delà de la période d'attente, vous recevrez un montant forfaitaire après approbation de votre demande de règlement. C'est vous qui décidez comment utiliser cet argent :

- régler vos dettes
- remplacer le revenu perdu
- acheter de l'équipement spécialisé
- recourir aux nouveaux traitements médicaux qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie privés ou publics
- engager du personnel (soins infirmiers, entretien ménager ou gardiennage de vos enfants)

Nous avons trois types de formules. Pour vous procurer un modèle de contrat de l'assurance contre les maladies graves Continuité, appelez-nous au **1-877-893-9893** entre 8 h et 20 h HE, du lundi au vendredi. Nous serons heureux de vous guider.

Formule de base (3 affections)	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer (mettant la vie en danger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crise cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral
Formule étendue (11 affections) Comprend les affections de la formule de base et 8 autres	<ul style="list-style-type: none"> • Sclérose en plaques • Transplantation d'un organe vital • Insuffisance rénale 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'autonomie • Paralyse • Chirurgie coronarienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Surdité • C�cicit�
Formule complète (25 affections) Comprend les affections de la formule étendue et 14 autres	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie de l'aorte • Coma • Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques • Anémie aplastique • Méningite bactérienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumeur cérébrale bénigne • Perte de la parole • Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente • Remplacement ou réparation valvulaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie du motoneurone • Démence, y compris maladie d'Alzheimer • Brûlures sévères • Infection professionnelle par le VIH • Perte de membres
Affections touchant les enfants Vos enfants sont couverts pour les affections incluses dans la formule que vous choisissez et pour les 6 affections de l'enfance indiquées	<ul style="list-style-type: none"> • Paralyse cérébrale • Cardiopathie congénitale 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrose kystique • Syndrome de Down 	<ul style="list-style-type: none"> • Dystrophie musculaire • Diabète sucré de type 1

Ce que vous devez savoir – Assurance contre les maladies graves Continuité

Ai-je besoin d'une assurance contre les maladies graves si j'ai déjà une assurance invalidité de longue durée (ILD)?

Chaque assurance vous couvre pour quelque chose de différent. L'ILD aide à remplacer le revenu perdu pour vous permettre de régler les factures qui continuent d'arriver, même si vous devez arrêter de travailler en raison d'une maladie grave ou d'une blessure. Avec l'assurance contre les maladies graves, vous obtenez un montant forfaitaire que vous pouvez utiliser comme vous le voulez si :

- vous recevez le diagnostic de l'une des affections couvertes ou vous subissez une intervention chirurgicale pour une affection couverte;
- vous survivez au-delà de la période d'attente;
- et nous avons approuvé votre demande de règlement.

Puis-je présenter plus d'une demande de règlement au titre de mon contrat?

Votre contrat vous permet de présenter une demande de règlement d'assurance contre les maladies graves. Une fois que vous l'avez fait, votre contrat prend fin.

Qu'arrive-t-il à la couverture de mon conjoint et à celle de mes enfants si je présente une demande de règlement?

Tant que votre conjoint et vos enfants demeurent admissibles à la couverture, ils sont toujours protégés. Et n'oubliez pas, lorsque vos enfants sont trop âgés pour être couverts par leur contrat, ils peuvent demander une couverture pour adulte.

Qu'entendons-nous par conjoint et enfants?

Le terme «conjoint» désigne votre conjoint par mariage ou la personne avec qui vous vivez depuis au moins un an et que vous reconnaissez publiquement comme votre conjoint. Si vous habitez au Québec, la période minimale d'un an ne s'applique pas si un enfant est né de l'union des conjoints. Sont considérés comme des enfants vos enfants et les enfants de votre conjoint (à l'exclusion des enfants en famille d'accueil) qui ne sont pas mariés et qui sont âgés de moins de 21 ans. L'enfant de moins de 25 ans (26 ans au Québec) qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est assuré lui aussi. De même, nous couvrons les enfants qui ne peuvent subvenir à leurs besoins en raison d'une incapacité physique ou mentale survenue pendant qu'ils étaient entièrement à votre charge sur le plan financier, selon les mêmes critères d'âge.

Qu'est-ce qu'une maladie préexistante?

Une blessure, une maladie ou une affection dont les symptômes sont apparus ou pour laquelle des traitements, des soins, des conseils ou un diagnostic d'ordre médical ont été recommandés ou reçus avant la date où la demande a été signée.

Comment l'assurance fonctionne-t-elle s'il y a une maladie préexistante?

L'assurance contre les maladies graves Continuité est soumise à une exclusion relative aux maladies préexistantes. Pour les affections que votre régime au travail couvrait, nous utilisons la date d'entrée en vigueur de la couverture que vous aviez. Pour les nouvelles affections que votre régime au travail ne couvrait pas, nous utilisons la date d'entrée en vigueur de votre assurance contre les maladies graves Continuité.

Cette exclusion relative aux maladies préexistantes signifie que nous ne verserons pas de règlement pour une affection en particulier si :

- l'assuré souffre d'un problème de santé, qu'il ait été diagnostiqué ou non, durant la période de 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture;
- et ce problème de santé se transforme en affection couverte dans les 12 mois de la date d'entrée en vigueur de la couverture.

Quand ma couverture commence-t-elle?

Votre nouvelle couverture entre en vigueur le lendemain du jour où votre couverture au travail prend fin.

Qu'est-ce que la période d'examen sans obligation de 30 jours?

Vous pouvez annuler votre contrat n'importe quand. Pour obtenir un remboursement relativement à vos primes, vous devez l'annuler à la première des dates suivantes : dans les 30 jours suivant la date où vous l'avez reçu ou dans les 60 jours suivant son établissement.

Quand puis-je annuler mon contrat?

Vous pouvez annuler votre contrat n'importe quand.

Quand ma couverture prend-elle fin?

Votre couverture prend fin à la première des dates suivantes :

La date à laquelle vous annulez votre contrat.

La date à laquelle vous atteignez 70 ans.

La date à laquelle vous cessez de résider au Canada.

La date à laquelle une prestation d'assurance contre les maladies graves est versée pour vous.

La date à laquelle la période couverte par la dernière prime payée prend fin.

La date de votre décès.

La couverture de votre conjoint prend fin à la première des dates suivantes :

La date à laquelle vous ou votre conjoint annulez la couverture du conjoint.

La date à laquelle votre conjoint atteint 70 ans.

La date à laquelle votre conjoint cesse de résider au Canada.

La date à laquelle une prestation d'assurance contre les maladies graves est versée pour votre conjoint.

La date à laquelle la période couverte par la dernière prime payée prend fin.

La date du décès de votre conjoint.

La couverture pour chaque enfant prend fin à la première des dates suivantes :

La date à laquelle vous annulez la couverture de l'enfant.

La date à laquelle votre enfant atteint 21 ans, ou 25 ans (26 ans au Québec) s'il fréquente à temps plein un collège ou une université.

La date à laquelle l'enfant cesse de résider au Canada.

La date à laquelle une prestation d'assurance contre les maladies graves est versée pour l'enfant (la couverture est maintenue pour les autres enfants admissibles).

La date à laquelle la période couverte par la dernière prime payée prend fin.

La date de votre décès ou la date du décès de votre conjoint (selon qui a la couverture de l'enfant au titre de son assurance), ou la date du décès de l'enfant.

La date à laquelle vous ou votre conjoint n'êtes plus couvert.

Les primes changent-elles avec le temps?

Oui. Les primes sont les frais mensuels que la personne paie pour l'assurance. Les couvertures sont renouvelées chaque année et les primes peuvent alors changer. Vos primes changent aussi quand vous passez d'une tranche d'âge à une autre (tous les 5 ans environ). Chaque année, 30 jours avant la date de renouvellement, vous recevrez un avis indiquant le montant de la nouvelle prime, calculé en fonction de ce qui suit :

- le montant de la couverture et le nombre d'affections couvertes que vous avez choisi;
- votre âge et/ou l'âge de votre conjoint couvert par votre contrat;
- votre sexe et/ou le sexe de votre conjoint qui est couvert par votre contrat;
- votre état de fumeur ou de non-fumeur et/ou celui de votre conjoint qui est couvert par votre contrat.

La couverture pour enfant est offerte à taux fixe par enfant, par tranche de 5 000 \$ de couverture. Le taux ne change pas au moment du renouvellement.

Comment les primes sont-elles facturées?

Nous facturons les primes mensuellement. Ainsi, nous n'enverrons pas de facture pour une partie d'un mois. S'il y a un montant à payer au moment où nous traitons votre demande, nous vous enverrons votre première facture dès que possible. Par la suite, nous facturerons les primes le premier jour de chaque mois.

Comment le programme fonctionne-t-il?

La Sun Life verse une prestation d'assurance contre les maladies graves si la personne assurée remplit les conditions suivantes :

- sa couverture est en vigueur;
- elle reçoit un diagnostic d'affection couverte ou subit une intervention chirurgicale pour une affection couverte;
- elle survit pendant un nombre de jours déterminé après le diagnostic (généralement 30 ou 90 jours);
- sa demande de règlement est approuvée.

Pour chaque personne assurée, la Sun Life verse une prestation d'assurance contre les maladies graves pour une seule affection couverte. Quand une personne assurée a reçu cette prestation, sa couverture prend fin. Cette personne ne peut alors plus être couverte par cette assurance.

La date d'entrée en vigueur de la couverture est ce qui permet de déterminer si une personne a droit à la prestation d'assurance contre les maladies graves. Cette date s'applique aussi aux exclusions ou aux restrictions.

Les définitions des affections couvertes peuvent changer selon certains facteurs, notamment les progrès de la médecine et les normes de l'industrie. Nous évaluons votre demande de règlement relative à une affection couverte en fonction de la définition ayant cours à la date de votre diagnostic ou de votre intervention chirurgicale. Si la définition d'une affection change, nous vous en informerons.

Transférabilité de l'assurance contre les maladies graves

La date d'entrée en vigueur de votre régime au travail s'applique à toutes les affections pour lesquelles vous étiez précédemment couvert. Si votre couverture au travail incluait 19 ou 20 affections, nous vous attribuerons la formule couvrant 25 affections. La date d'entrée en vigueur de la couverture des 5 ou 6 affections supplémentaires sera celle de votre assurance contre les maladies graves Continuité, et l'exclusion relative aux maladies préexistantes s'appliquera.

Définition de diagnostic

Acte établi par écrit par le médecin ou le médecin spécialiste, autorisé à exercer et pratiquant la médecine au Canada, et attestant que la personne couverte est atteinte d'une affection couverte. Un diagnostic est valide à compter de la date à laquelle le médecin ou le médecin spécialiste l'établit, comme en fait foi le dossier médical de la personne couverte. Nous ne versons pas de prestation pour une affection couverte dont le diagnostic a été établi avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.

Exclusion relative aux maladies préexistantes

Pour tout montant de couverture :

- n'ayant pas nécessité la présentation d'une attestation de bonne santé
- et qui est en vigueur depuis moins de 12 mois dans le cadre du régime d'assurance contre les maladies graves au travail, aucun montant n'est versé pour une affection couverte qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles, durant la période de 12 mois précédant la date d'effet de la couverture, la personne couverte :
 - a présenté des signes ou des symptômes, consulté un médecin ou un autre praticien,
 - a reçu des soins, des conseils ou des traitements d'ordre médical,
 - aurait consulté un médecin ou tout autre praticien si elle avait agi comme l'aurait fait toute personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause, souffrant de la maladie ou de l'affection en cause ou présentant des signes ou des symptômes de l'affection en cause.

Si, après la cessation de la couverture, la personne est de nouveau couverte par cette assurance, la Sun Life se base sur la plus récente date d'entrée en vigueur de la couverture s'il y a lieu d'appliquer l'exclusion ci-dessus.

L'exclusion relative aux maladies préexistantes est supprimée lorsque la période moratoire d'exclusion pour les enfants s'applique.

Période moratoire d'exclusion pour un cancer, une tumeur cérébrale bénigne ou la maladie de Parkinson

Nous ne couvrons pas le cancer, les tumeurs cérébrales bénignes de tous types ou la maladie de Parkinson si, dans les 90 jours (1 an dans le cas de la maladie de Parkinson) suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture au travail, la personne couverte :

- reçoit un diagnostic de cancer, de tumeur cérébrale bénigne ou de maladie de Parkinson; ou
- présente des signes ou symptômes ou subit des examens menant à un diagnostic de cancer, de tumeur cérébrale bénigne ou de maladie de Parkinson.

Toutefois, la couverture prévue pour toutes les autres affections couvertes demeure en vigueur.

Période moratoire d'exclusion pour les enfants

Cette période commence 90 jours avant la date d'entrée en vigueur de la couverture au travail contre les maladies graves pour enfant et se poursuit jusqu'à 10 mois après cette date.

Durant cette période, votre enfant ne sera pas couvert si, à sa naissance ou dans les 90 jours suivant sa naissance :

- on diagnostique chez lui l'une ou l'autre des affections couvertes; ou
- il présente des signes ou des symptômes ou subit des examens menant au diagnostic d'une affection couverte dans les 5 ans suivant sa naissance.

Conséquences d'une non-divulgateion de renseignements ou d'une déclaration inexacte

Si vous ne fournissez pas les renseignements exacts au moment de demander l'assurance, la Sun Life pourrait mettre fin à votre couverture ou refuser vos demandes de règlement.

Définitions des affections couvertes

Les définitions des affections couvertes peuvent changer en raison d'un certain nombre de facteurs, comme les progrès de la médecine et les lignes directrices de l'industrie. Nous examinerons votre demande de règlement relative à une affection couverte en fonction de la définition ayant cours à la date de votre diagnostic ou de votre intervention chirurgicale. On vous avisera de tout changement apporté aux définitions.

Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral s'entend du diagnostic formel d'un accident vasculaire aigu se produisant dans le cerveau et causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés à l'examen clinique,

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

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

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

Exclusions :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- accident ischémique cérébral transitoire,
- accident vasculaire intracérébral causé par un trauma, ou
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée ci-dessus.

Anémie aplastique

L'anémie aplastique s'entend du diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement qui comprend au moins un élément parmi les suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs; ou
- greffe de la moelle osseuse.

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

Brûlures sévères

Les brûlures sévères s'entendent du diagnostic formel de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date où elle a subi les brûlures sévères.

**Cancer
(mettant la vie
en danger)**

Le cancer (mettant la vie en danger) s'entend du diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Sont inclus le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

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

Exclusions :

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

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, incertaines, frontières (borderline), 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 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou accompagné d'une atteinte des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans mélanome, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer papillaire ou folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- 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.

Période moratoire d'exclusion :

Si, dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'effet de la couverture collective, ou
- la date de remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu au titre du présent contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu au titre du présent contrat),

aucune prestation ne sera payable relativement au cancer et la couverture de la personne assurée en ce qui concerne le cancer prendra fin. La couverture prévue pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure toutefois en vigueur.

Les renseignements susmentionnés doivent nous être transmis dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par le traitement d'un cancer.

Pour les besoins du présent contrat, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC sont utilisés au sens défini dans le *Cancer Staging Manual* de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7^e édition, 2010.

Pour les besoins du présent contrat, le terme «classification de Rai» est utilisé au sens défini dans *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia*, KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack. Blood, vol. 46, p. 219 (1975).

Cécité

La cécité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux, ou
- un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

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

**Chirurgie
coronarienne**

La chirurgie coronarienne s'entend d'une intervention chirurgicale au cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusion :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte s'entend d'une intervention chirurgicale visant à traiter une affection 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. Par «aorte», on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

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

Exclusion :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

Le coma s'entend du diagnostic formel d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant au moins 96 heures consécutives. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant ces 96 heures.

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

Exclusions :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

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

**Crise cardiaque
(infarctus du
myocarde)**

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

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

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

Exclusions :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

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

Démence, y compris la maladie d'Alzheimer

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

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

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité au moins 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 doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusion :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour tout trouble affectif ou schizophrénique, ou le délire.

Pour les besoins du présent contrat, la référence à un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.

Infection professionnelle par le VIH

L'infection professionnelle par le VIH s'entend d'un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle subie durant l'exercice normal de la profession de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

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

- la date de signature de la proposition du présent contrat;
- la date du contrat; ou
- la date de remise en vigueur de ce contrat.

La prestation relative à cette affection ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- la blessure accidentelle doit nous être déclarée dans les 14 jours suivant cette blessure,
- 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 suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif,
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé du Canada ou des États-Unis, et
- la blessure accidentelle doit être déclarée, faire l'objet d'une enquête et être documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail en vigueur au Canada ou aux États-Unis.

Le diagnostic d'une infection professionnelle par le VIH doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la deuxième sérologie du VIH décrite ci-dessus.

Exclusions :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- la personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin approuvé et disponible offrant une protection contre le VIH,
- un traitement curatif approuvé pour l'infection au VIH est devenu disponible avant la blessure accidentelle, ou
- l'infection au VIH n'est pas attribuable à une blessure accidentelle mais a été contractée, par exemple, au cours de relations sexuelles ou à l'occasion de l'usage de drogues intraveineuses.

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

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

Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de transplantation.

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

Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale s'entend du diagnostic formel d'une défaillance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

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

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

La maladie de Parkinson s'entend du diagnostic formel de la maladie de Parkinson primitive, maladie neurologique chronique qui se caractérise par la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. La personne assurée doit présenter des signes objectifs de détérioration fonctionnelle progressive depuis au moins un an, et le neurologue qui traite celle-ci doit avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Les syndromes parkinsoniens atypiques sont définis comme le diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystématisée.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue ou par un spécialiste. La personne assurée doit remplir les conditions énoncées ci-dessus et survivre pendant 30 jours après la date où toutes ces conditions sont remplies.

Période moratoire d'exclusion :

Si, dans l'année qui suit la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'effet de la couverture collective, ou
- la date de remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes ou subi des examens menant à un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme (couvert ou exclu aux termes du présent contrat), sans égard à la date du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme (couvert ou exclu aux termes du présent contrat),

aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou à un syndrome parkinsonien atypique ne sera payable et la couverture de la personne assurée en ce qui concerne la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique prendra fin. La couverture prévue pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure toutefois en vigueur.

Aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou à un syndrome parkinsonien atypique ne sera payable pour tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements susmentionnés doivent nous être transmis dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si les renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou pour toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou par son traitement.

Maladie du motoneurone	La maladie du motoneurone s'entend du diagnostic formel de l'une des maladies suivantes exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire. Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.
Méningite bactérienne	<p>La méningite bactérienne s'entend du diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien qui révèle une croissance de bactéries pathogènes en culture. Il doit y avoir une déficience neurologique qui persiste pendant au moins 90 jours après la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 90 jours après la date du diagnostic.</p> <p>Exclusion :</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans le cas d'une méningite virale.</p>
Paralysie	<p>La paralysie s'entend du diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur.</p> <p>Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant au moins 90 jours après la date de l'événement déclencheur.</p>
Perte d'autonomie	<p>La perte d'autonomie s'entend du diagnostic formel d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités suivantes de la vie courante pour une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.</p> <p>Les activités de la vie courante sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle. • Se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, ainsi que les orthèses, membres artificiels ou autres appareils, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle. • Faire sa toilette – capacité de s'asseoir sur le siège des toilettes et de s'en relever ainsi que d'assurer son hygiène personnelle, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle. • Être continent – capacité de maîtriser les fonctions intestinale et urinaire avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle acceptable. • Se mouvoir – capacité de se mettre au lit et d'en sortir, de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle. • Se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle. <p>Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.</p>
Perte de la parole	<p>La perte de la parole s'entend du diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole à la suite d'une blessure ou d'une maladie physique pendant une période d'au moins 180 jours.</p> <p>Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.</p> <p>Exclusion :</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si la perte de la parole est due à une cause psychiatrique.</p>

Perte de membres

La perte de membres s'entend du diagnostic formel de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

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

Remplacement ou réparation valvulaire

Le remplacement ou la réparation valvulaire s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule biologique ou mécanique, ou à en corriger les affections ou les anomalies. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusion :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques s'entend du diagnostic formel d'au moins un des troubles suivants :

- au moins deux poussées distinctes, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation,
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pendant au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
- une seule poussée confirmée par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

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

Surdité

La surdité s'entend du diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

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

Transplantation d'un organe vital

La transplantation d'un organe vital s'entend d'un diagnostic formel de défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui rend une transplantation médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit se limiter à ces organes.

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

Tumeur cérébrale bénigne

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

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

Exclusions :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'une première tumeur qui a été diagnostiquée avant la date du contrat.

Période moratoire d'exclusion :

Si, dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'effet de la couverture collective, ou
- la date de la remise en vigueur de ce contrat,

la personne assurée

- a présenté des signes ou symptômes de tumeur cérébrale bénigne ou subi des examens menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue au titre du présent contrat), sans égard à la date du diagnostic,
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue au titre du présent contrat),

aucune prestation ne sera payable relativement à la tumeur cérébrale bénigne et la couverture de la personne assurée en ce qui concerne la tumeur cérébrale bénigne prendra fin. La couverture prévue pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure toutefois en vigueur.

Les renseignements susmentionnés doivent nous être transmis dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par le traitement d'une tumeur cérébrale bénigne.

Nous pouvons vous aider



- Nous sommes là pour vous aider si vous avez des questions ou si vous avez besoin de conseils. Parlez à l'un de nos conseillers en services financiers (personnes portant le titre de conseiller en sécurité financière au Québec). Composez le **1-877-893-9893**, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h HE. Si vous préférez un service en personne, nous pouvons vous mettre en contact avec un conseiller Financière Sun Life près de chez vous.

La vie est plus radieuse sous le soleil

