

Maladies graves

Description de produit



Table des matières

Qu'est-ce qu'un produit d'assurance maladies graves?.....	3
Pourquoi souscrire à l'assurance maladies graves?	3
Clientèle cible	4
Caractéristiques du produit.....	4
Types de protection	4
Régimes offerts et âges d'adhésion.....	4
Maladies graves couvertes	5
Prestation additionnelle.....	6
Montant d'assurance.....	6
Tranches de montant d'assurance.....	6
Option de renouvellement.....	6
Droit de transformation	6
Types de contrat d'assurance.....	7
Garantie d'assistance	7
Avenants de remboursements des primes.....	8
Remboursement des primes au décès	8
Remboursement des primes à l'échéance	8
Remboursement des primes à la résiliation.....	9
Garanties supplémentaires.....	9
Avenant Juvénile (AJ)	9
Exonération des Primes (EP).....	10
Bénéfice en cas de fracture	11
Protections complémentaires	11
Paiement des primes	11
Prestation payable à la suite d'un diagnostic d'une maladie grave couverte.....	11
Sélection des risques.....	13
Qualification des risques	13
Outils de présélection	13
Preuves d'assurabilité – Assurance maladies graves	15
Annexe.....	16
Définitions des maladies graves couvertes sous les protections de base et enrichie.....	16
Définitions de trois maladies graves additionnelles couvertes sous la protection pour enfant	25
Définitions des quatre conditions médicales couvertes par la garantie Prestation additionnelle	25
Définitions des maladies graves couvertes par la garantie Avenant Juvénile.....	26

QU'EST-CE QU'UN PRODUIT D'ASSURANCE MALADIES GRAVES?

De nos jours, les progrès dans le domaine de la recherche médicale permettent à de nombreuses personnes atteintes d'une maladie grave de survivre et de mener, par la suite, une vie productive. L'assurance en cas de maladie grave s'avère un excellent complément à toute planification financière.

L'Assurance maladies graves est une protection qui procure aux assurés les moyens nécessaires afin de maintenir leur niveau de vie et d'alléger leurs obligations financières, advenant le diagnostic d'une maladie grave. En effet, lorsque l'assuré reçoit le diagnostic d'une maladie grave couverte et survit pendant une période d'au moins trente (30) jours, le montant forfaitaire souscrit est versé libre d'impôt.

L'assuré peut utiliser la prestation à sa guise, par exemple, pour :

- régler les factures liées aux dépenses courantes (hypothèque, frais de garde des enfants, paiement des soldes de cartes de crédit, etc.);
- choisir de se faire traiter en clinique privée ou à l'étranger;
- payer les médicaments ou les frais médicaux non couverts par un autre régime;
- adapter son domicile à sa condition médicale ou s'offrir des soins infirmiers à domicile;
- acquitter les frais de son entreprise afin d'en assurer sa survie;
- prévoir un revenu en cas d'absence du travail durant une longue période.

POURQUOI SOUSCRIRE À L'ASSURANCE MALADIES GRAVES?

Plusieurs études soutiennent la pertinence de ce produit, confirmant que de nombreux Canadiens seront affectés par la maladie grave au cours de leur vie.

Les statistiques révèlent que :

- Près de 40 % des Canadiennes et 45 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie.
- Chaque année, environ 70 000 personnes sont victimes de crises cardiaques au Canada. Cela représente une crise cardiaque à toutes les 7 minutes.
- Chaque année, il y a plus de 50 000 accidents vasculaires cérébraux au Canada. Cela représente un accident vasculaire cérébral à toutes les 10 minutes.
- Chaque année, approximativement, 1 000 nouveaux cas de sclérose en plaques sont diagnostiqués au Canada.
- Au Canada, environ 1 enfant sur 165 est atteint d'autisme.
- Au Canada, 1 nouveau-né sur 3 600 est atteint de fibrose kystique.

Sources : *Société canadienne du cancer, Fondation des maladies du cœur du Canada, Société canadienne de la sclérose en plaques, Société canadienne de l'autisme, Fondation canadienne de la fibrose kystique.*

Comme nous pouvons le constater, les chiffres démontrent bien l'importance d'une assurance en cas de maladie grave. En effet, c'est une protection indispensable au moment où le bien-être financier est compromis. Elle permet aux assurés de mieux faire face aux difficultés financières sans avoir à épuiser dans leurs économies ou dans leurs comptes de retraite. Vous pouvez aider vos clients à bâtir une protection complète grâce à l'étendue de choix et d'options que nous vous offrons.

CLIENTÈLE CIBLE

Personne n'est à l'abri d'une maladie grave, il est donc important que l'Assurance maladies graves soit incorporée à la planification financière effectuée avec vos clients. La voie vers la guérison peut s'avérer longue et coûteuse. Le montant d'assurance pourrait les aider à couvrir les dépenses additionnelles encourues durant leur rétablissement.

Ce produit s'adapte aux besoins d'une clientèle variée : les familles, les enfants, les jeunes couples ainsi que les propriétaires d'entreprises et les travailleurs autonomes. En somme, cette assurance permet aux clients de répondre à leurs besoins, peu importe leur situation.

CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT

TYPES DE PROTECTION

L'Assurance maladies graves offre trois types de protection :

- **Protection de base** couvrant les 3 maladies graves les plus courantes
- **Protection enrichie** couvrant 25 maladies graves
- **Protection pour enfant** couvrant un total de 28 maladies graves

RÉGIMES OFFERTS ET ÂGES D'ADHÉSION

Plusieurs régimes sont offerts pour répondre aux différents besoins de chaque client. Que ce soit pour une couverture d'assurance maladies graves temporaire ou permanente, vous serez en mesure de proposer un régime qui convient au profil de vos clients. La protection de base et la protection enrichie sont offertes sous cinq régimes, seuls trois régimes sont offerts sous la protection pour enfant. L'âge est déterminé selon l'anniversaire de naissance le plus proche.

RÉGIMES	ÂGES D'ADHÉSION	DESCRIPTION
T10 – Base T10 – Enrichie	18 à 65 ans	Protection temporaire 10 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans et transformable jusqu'à l'âge de 65 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties pour le terme initial et les primes de renouvellement sont garanties à l'émission du contrat.
T20 – Base T20 – Enrichie	18 à 55 ans	Protection temporaire 20 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans et transformable jusqu'à l'âge de 65 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties pour le terme initial et les primes de renouvellement sont garanties à l'émission du contrat.
T75 – Base T75 – Enrichie T75 – Enfant	18 à 65 ans 30 jours à 17 ans	Protection jusqu'à l'âge de 75 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties.
T100 – Base T100 – Enrichie T100 – Enfant	18 à 65 ans 30 jours à 17 ans	Protection jusqu'à l'âge de 100 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties.
T100 libérée 20 – Base T100 libérée 20 – Enrichie T100 libérée 20 – Enfant	18 à 50 ans 30 jours à 17 ans	Protection jusqu'à l'âge de 100 ans de l'assuré. Les primes sont nivelées et garanties. La protection est entièrement libérée de tout paiement de primes après 20 années de contrat.

MALADIES GRAVES COUVERTES

Le tableau ci-dessous illustre les maladies graves couvertes sous chaque type de protection. Pour connaître la définition des maladies couvertes, veuillez vous référer à l'annexe située à la fin de ce document.

	BASE 3 maladies graves	ENRICHIE 25 maladies graves	ENFANT 28 maladies graves
Accident vasculaire cérébral	✓	✓	✓
Cancer (avec risque de décès)	✓	✓	✓
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	✓	✓	✓
Anémie aplasique		✓	✓
Brûlures sévères		✓	✓
Cécité		✓	✓
Chirurgie coronarienne		✓	✓
Chirurgie de l'aorte		✓	✓
Coma		✓	✓
Infection au VIH dans le cadre de l'occupation		✓	✓
Insuffisance rénale		✓	✓
Maladie d'Alzheimer		✓	✓
Maladie de Parkinson		✓	✓
Maladie du neurone moteur		✓	✓
Méningite bactérienne		✓	✓
Paralysie		✓	✓
Perte d'autonomie		✓	✓
Perte de la parole		✓	✓
Perte de membres		✓	✓
Remplacement des valves du cœur		✓	✓
Sclérose en plaques		✓	✓
Surdité		✓	✓
Transplantation d'un organe vital		✓	✓
Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente		✓	✓
Tumeur cérébrale bénigne		✓	✓
Autisme			✓
Dystrophie musculaire			✓
Fibrose kystique			✓

PRESTATION ADDITIONNELLE

En plus des maladies graves couvertes énumérées précédemment, un paiement de 10 % du montant d'assurance souscrit allant jusqu'à un maximum de 50 000 \$ est versé lorsque l'assuré est diagnostiqué d'une des conditions médicales suivantes :

- angioplastie coronarienne;
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b);
- carcinome canalaire in situ du sein; ou
- mélanome malin au stade 1A.

Le montant d'assurance n'est pas réduit suite au paiement de la Prestation additionnelle et le contrat demeure en vigueur. Une seule prestation est payable par assuré en vertu de cette garantie.

La garantie Prestation additionnelle est incluse sans frais dans la protection enrichie et la protection pour enfant seulement.

Pour connaître la définition des conditions médicales couvertes, veuillez vous référer à l'annexe située à la fin de ce document.

MONTANT D'ASSURANCE

- **Base et enrichie**
 - Minimum : 25 000 \$
 - Maximum : 2 000 000 \$
- **Enfant**
 - Minimum : 25 000 \$
 - Maximum : 250 000 \$

TRANCHES DE MONTANT D'ASSURANCE

- **Base et enrichie**
 - 25 000 \$ à 99 999 \$
 - 100 000 \$ à 249 999 \$
 - 250 000 \$ à 2 000 000 \$
- **Enfant**
 - 25 000 \$ à 99 999 \$
 - 100 000 \$ à 249 999 \$
 - 250 000 \$

OPTION DE RENOUVELLEMENT

Les régimes T10 et T20 sont renouvelables jusqu'à l'âge de 75 ans, sans preuve d'assurabilité. La prime de renouvellement est garantie à l'émission du contrat et elle est déterminée selon l'âge atteint de l'assuré à chaque échéance de terme de 10 ans ou 20 ans, selon le régime sélectionné.

DROIT DE TRANSFORMATION

Avant l'âge de 65 ans, les régimes T10 et T20 sont transformables, sous le même type de protection, sans preuve d'assurabilité, en régimes T75 ou T100.

TYPES DE CONTRAT D'ASSURANCE

L'Assurance maladies graves offre les types de contrat d'assurance suivants :

- Individuel; et
- Multi-Vie couvrant jusqu'à 6 individus avec un maximum de 20 couvertures sous un seul contrat.

Les frais de contrat sont de 60 \$ pour l'assuré principal et de 25 \$ par assuré additionnel.

GARANTIE D'ASSISTANCE

La Garantie d'assistance est incluse sans frais supplémentaires avec tous les régimes d'Assurance maladies graves. Suite à un diagnostic d'une maladie grave couverte, des services de consultation, de support médical et d'assistance sont offerts par le biais d'un numéro de téléphone sans frais, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 *.

- **Seconde opinion médicale** : ce service, basé sur une analyse des rapports médicaux de l'assuré, fait une révision des éléments clés du diagnostic soumis et produit un rapport avec recommandation d'un médecin dont l'expertise est pertinente au dossier.
- **Référence médicale** : ce service fournit à l'assuré jusqu'à trois noms de médecins les plus qualifiés pour traiter son état.
- **Services administratifs** : ce service permet à l'assuré de recevoir une aide administrative telle que l'analyse de la facturation, s'assurant que les factures sont appropriées, exemptes de tout dédoublement, erreurs et surtarification.
- **Assistance admission hospitalière et hébergement à l'extérieur de la province ou du pays** : ce service assure la prise en charge de rendez-vous avec les médecins, les arrangements pour l'admission à l'hôpital, les réservations de chambres d'hôtel, l'organisation du transport ou les services d'un interprète. Il s'assure également que des escomptes soient obtenus à travers les organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels.
- **Assistance psychologique** : ce service fournit, à la demande de l'assuré, des services psychologiques expérimentés à ce dernier, à son conjoint et à ses enfants, et ce, jusqu'à concurrence de 750 \$ CAD.
- **Assistance médicale** : ce service, offert par les infirmières diplômées, fournit, à la demande de l'assuré, de l'information sur toute question touchant la santé, le mode de vie et la médecine.
- **Assistance convalescence** : ce service permet à l'assuré d'obtenir les coordonnées de professionnels dans le domaine de la santé pour pallier aux besoins de l'assuré en cas de convalescence de celui-ci.
- **Services de conciergerie** : ce service fournit à l'assuré de l'information et des références de professionnels sur toute question touchant la vie quotidienne.
- **Assistance juridique** : accès aux conseils d'avocat sur toutes questions d'ordre juridique incluant l'assistance en cas d'usurpation d'identité. Ce service, offert par des avocats, fournit à l'assuré de l'information juridique dans tous les domaines du droit. Les principaux domaines traités sont les suivants :
 - Droit civil
 - Biens et propriétés
 - Famille et successions
 - Droit de la consommation
 - Droit pénal et criminel

Les services de la Garantie d'assistance sont offerts même si la demande de réclamation n'est pas encore réglée ou si elle est refusée. De plus, les services de conciergerie et d'assistance juridique sont offerts en tout temps, dès l'émission du contrat. Vous pouvez vous référer au dépliant Garantie d'assistance pour plus de détails (DIND0073F).

* L'assistance juridique est offerte du lundi au vendredi de 9 h à 20 h et le samedi de 10 h à 17 h (HNE).

AVENANTS DE REMBOURSEMENTS DES PRIMES

Les différents avenants facultatifs de remboursement des primes offrent aux clients la possibilité de récupérer leurs primes payées si aucune prestation en cas de maladie grave n'a été versée. Les avenants de remboursement des primes sont offerts à l'émission seulement.

Le tableau ci-dessous présente l'offre des différentes options de remboursements des primes et leurs âges d'adhésion respectifs.

	REMBOURSEMENT DES PRIMES (RDP) AU DÉCÈS	REMBOURSEMENT DES PRIMES (RDP) À L'ÉCHÉANCE	REMBOURSEMENT DES PRIMES (RDP) À LA RÉSILIATION
T10 – Base T10 – Enrichie	18 à 65 ans	18 à 60 ans	n.d.
T20 – Base T20 – Enrichie	18 à 55 ans	18 à 50 ans	n.d.
T75 – Base T75 – Enrichie T75 – Enfant	18 à 65 ans 30 jours à 17 ans	18 à 55 ans 30 jours à 17 ans	18 à 55 ans 30 jours à 17 ans
T100 – Base T100 – Enrichie T100 – Enfant	18 à 65 ans 30 jours à 17 ans	n.d.	18 à 65 ans 30 jours à 17 ans
T100 libérée 20 ans – Base T100 libérée 20 ans – Enrichie T100 libérée 20 ans – Enfant	18 à 50 ans 30 jours à 17 ans	n.d.	18 à 50 ans 30 jours à 17 ans

REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

Au décès de l'assuré, si aucune prestation en cas de maladie grave n'a été versée (à l'exception du paiement de la Prestation additionnelle), cet avenant permet au bénéficiaire de recevoir la somme de toutes les primes payées, incluant les frais de contrat et les primes payées pour les avenants, de remboursement des primes à l'échéance ou de remboursement des primes à la résiliation (s'il y a lieu), de même que les surprimes, et ce, sans intérêt. Les primes versées pour les autres garanties supplémentaires sont exclues.

S'il y a eu une diminution du montant d'assurance depuis l'émission ou la remise en vigueur de la garantie Assurance maladies graves, les primes payées sont calculées selon le montant d'assurance en vigueur au moment du décès.

REMBOURSEMENT DES PRIMES À L'ÉCHÉANCE

À la date d'anniversaire la plus rapprochée du 75^e anniversaire de l'assuré, si aucune prestation en cas de maladie grave n'a été versée (à l'exception du paiement de la Prestation additionnelle), cet avenant permet au bénéficiaire de recevoir la somme de toutes les primes payées, incluant les frais de contrat et les primes payées pour l'avenant de remboursement des primes au décès (s'il y a lieu), de même que les surprimes, et ce, sans intérêt. Les primes versées pour les autres garanties supplémentaires sont exclues.

S'il y a eu une diminution du montant d'assurance depuis l'émission ou la remise en vigueur de la garantie Assurance maladies graves, les primes payées sont calculées selon le montant d'assurance en vigueur au moment de la demande de remboursement.

Le remboursement des primes à l'échéance met fin à la garantie d'Assurance maladies graves.

REMBOURSEMENT DES PRIMES À LA RÉSILIATION

Le remboursement des primes à la résiliation peut être demandé à compter de la date du vingtième (20^e) anniversaire de la garantie ou de la date d'anniversaire de la garantie la plus rapprochée du cinquante-cinquième (55^e) anniversaire de naissance de l'assuré, selon la dernière de ces éventualités. Si aucune prestation en cas de maladie grave n'a été versée (à l'exception du paiement de la Prestation additionnelle), le propriétaire peut demander le remboursement de toutes les primes payées, incluant les frais de contrat et les primes payées pour l'avenant de remboursement des primes au décès (s'il y a lieu), de même que les surprimes, et ce, sans intérêt. Les primes versées pour les autres garanties supplémentaires sont exclues.

S'il y a eu une diminution du montant d'assurance depuis l'émission ou la remise en vigueur de la garantie Assurance maladies graves, les primes payées sont calculées selon le montant d'assurance en vigueur au moment de la demande de remboursement.

Le remboursement des primes à la résiliation met fin à la garantie d'Assurance maladies graves.

GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

AVENANT JUVÉNILE (AJ)

Offert avec la protection de base ou la protection enrichie, cet avenant est une alternative à la protection pour enfant. Le ou les parent(s) propriétaire(s) d'un contrat d'Assurance maladies graves peuvent choisir de souscrire à la garantie Avenant Juvénile pour couvrir tous leurs enfants.

Âges d'adhésion

- 30 jours à 17 ans

Maladies couvertes

- | | |
|----------------------------------|---|
| - Autisme | - Maladies congéniales du cœur |
| - Cancer (avec risque de décès) | - Paralysie |
| - Cécité | - Surdité |
| - Diabète sucré de type 1 | - Transplantation d'un organe vital |
| - Dystrophie musculaire | - Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente |
| - Fibrose kystique | - Trisomie 21 |
| - Insuffisance motrice cérébrale | - Tumeur cérébrale bénigne |
| - Insuffisance rénale | |

Montant d'assurance

- Minimum : 5 000 \$
- Maximum : 50 000 \$

Il est possible d'augmenter le montant d'assurance jusqu'au maximum permis par assuré.

Taux

- Protection minimum (5 000 \$) : 75 \$ par an pour couvrir tous les enfants du propriétaire
- Protection additionnelle : 15 \$ annuellement par 1 000 \$ de montant d'assurance

Fin de la protection

La couverture se termine à l'âge de 21 ans ou à l'âge de 25 ans si l'enfant est toujours aux études à temps plein. Une seule prestation est payable en vertu de cette garantie.

Pour connaître la définition de chacune de ces maladies graves couvertes, veuillez vous référer à l'annexe située à la fin de ce document.

The image shows a form titled 'QUESTIONNAIRE MALADIES GRAVES ENFANTS 0 à 17 ANS' from SSQ Assurance. It contains several sections for providing personal information and medical history, including checkboxes for various symptoms and conditions.

Note importante

Lorsque la garantie Avenant Juvénile est choisie, le « Questionnaire maladies graves – Enfants » doit être rempli et soumis avec la proposition en tout temps. Ce questionnaire se retrouve dans la bibliothèque du logiciel d'illustrations ainsi que sur le site des conseillers.

EXONÉRATION DES PRIMES (EP)

Si le propriétaire ou l'assuré devient totalement invalide durant une période ininterrompue de 4 ou 6 mois, selon le délai de carence sélectionné, les primes échues seront exonérées jusqu'à la fin de la période d'invalidité.

Définition de l'invalidité totale

Invalidité totale signifie un état continu d'incapacité du propriétaire ou de l'assuré, causé par une maladie ou une blessure, qui commence pendant que la garantie est en vigueur et qui est tel que :

- durant les 24 premiers mois, le propriétaire ou l'assuré ne peut exercer aucune des fonctions relatives à son occupation principale;
- par la suite, tant que cet état subsiste, le propriétaire ou l'assuré ne peut exercer aucune occupation que son instruction, sa formation ou son expérience, acquises avant le début de l'invalidité totale ou ultérieurement, lui permettrait raisonnablement d'exercer.

	ÂGES D'ADHÉSION	TAUX DE PRIME EN POURCENTAGE (%) DE LA PRIME TOTALE	
		HOMME	FEMME
Exonération des primes 4 mois	18 à 55 ans	9,0 %	12,0 %
Exonération des primes 6 mois	18 à 55 ans	5,0 %	7,5 %

La garantie d'exonération des primes prend fin à l'anniversaire du contrat le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance du propriétaire ou de l'assuré.

BÉNÉFICE EN CAS DE FRACTURE

Cette garantie permet à l'assuré, ayant subi une fracture ou un sectionnement à la suite d'un accident, de recevoir l'indemnité décrite au tableau suivant :

FRACTURE	INDEMNITÉ
Crâne, Colonne vertébrale, Bassin (os iliaque) et Fémur	5 000 \$
Sternum, Larynx, Trachée, Omoplate, Humérus, Radius, Cubitus, Rotule, Tibia et Péroné	1 500 \$
Os non énumérés ci-dessus	750 \$

Les indemnités sont doublées lorsque l'accident survient dans un transport en commun, un escalier mobile ou un ascenseur public, lors de l'incendie d'un édifice gouvernemental, d'un ouragan, d'un cyclone, ou lorsque l'assuré est frappé par la foudre.

La prime est de 45 \$ par année pour l'ajout de la garantie de bénéfice en cas de fracture.

La garantie de bénéfice en cas de fracture prend fin à l'anniversaire du contrat suivant le 70^e anniversaire de naissance de l'assuré.

PROTECTIONS COMPLÉMENTAIRES

Il est possible de compléter, sous un seul contrat, la protection d'Assurance maladies graves avec les produits d'assurance vie traditionnelle ou vie universelle pour le même assuré, et ce, sans frais additionnels. L'ajout d'un tel produit peut également se faire sur tout assuré additionnel, toutefois, des frais de contrat de 25 \$ seront appliqués.

PAIEMENT DES PRIMES

Les primes peuvent être payées sur une base annuelle ou mensuelle par débit préautorisé (DPA). Si l'option mensuelle a été choisie, la prime mensuelle par débit préautorisé est calculée de la façon suivante :

$$\text{Prime mensuelle} = \text{Prime annuelle} \times 0,09$$

PRESTATION PAYABLE À LA SUITE D'UN DIAGNOSTIC D'UNE MALADIE GRAVE COUVERTE

Le montant forfaitaire souscrit en cas de maladie grave est versé libre d'impôt lorsque l'assuré est diagnostiqué d'une des maladies graves couvertes selon le type de protection choisi. L'assuré doit survivre pendant une période d'au moins trente (30) jours avant de percevoir la prestation. Pour certaines maladies, le versement de la prestation est sujet à certaines conditions ou à une période de survie différente.

Le paiement de la prestation à la suite d'un diagnostic d'une maladie grave couverte met fin au contrat.

Limitations

- Cancer (avec risque de décès) : une période moratoire d'exclusion de 90 jours s'applique.
- Méningite bactérienne : la condition doit entraîner un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.
- Paralyse : la paralysie doit durer pour une période d'au moins 90 jours.
- Perte d'autonomie : la déficience cognitive doit durer pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.
- Perte de la parole : la perte de la parole doit être démontrée pour une période continue d'au moins 180 jours.
- Tumeur cérébrale bénigne : une période moratoire d'exclusion de 90 jours s'applique.

Pour connaître la définition des maladies couvertes, veuillez vous référer à l'annexe située à la fin de ce document.

Exclusions générales

Aucune prestation n'est versée si la condition couverte résulte, directement ou indirectement, de l'une ou plusieurs des causes ou situations suivantes :

- a) de blessures que l'assuré s'est lui-même infligées, qu'il ait été conscient ou non de ses actes;
- b) d'un acte criminel que l'assuré a commis ou tenté de commettre, par sa participation ou à la suite d'une provocation de sa part;
- c) du service de l'assuré comme combattant ou non-combattant dans des forces armées engagées dans des opérations de surveillance, de pacification ou de guerre, que la guerre ait été déclarée ou non;
- d) de la conduite d'un véhicule aérien, maritime ou terrestre par l'assuré, alors que son taux d'alcoolémie excédait la limite permise par la loi ou que l'assuré était sous l'influence de stupéfiants;
- e) de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de l'usage d'hallucinogènes ou de drogues, de l'abus ou de la mauvaise utilisation de médicaments;
- f) de guerres, de conflits dans lesquels des armes sont utilisées, d'émeutes, d'insurrections ou de mouvements populaires, que l'assuré y ait participé activement ou non;
- g) d'un cancer diagnostiqué dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'émission de la garantie ou la date de la dernière remise en vigueur, s'il y a lieu. Dans un tel cas, aucune prestation ne sera payable pour tout diagnostic de cancer subséquent ou pour toute autre condition couverte qui résulte directement de tout cancer ou ses traitements;
- h) d'une tumeur cérébrale bénigne diagnostiquée dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'émission de la garantie ou la date de la dernière remise en vigueur, s'il y a lieu. Dans un tel cas, aucune prestation ne sera payable pour tout diagnostic de tumeur cérébrale bénigne subséquent ou pour toute autre condition couverte qui résulte directement de toute tumeur cérébrale bénigne ou ses traitements.

Fin de la protection

La protection d'Assurance maladies graves prend fin à la première des éventualités suivantes :

- au 10^e (T10) ou au 20^e (T20) anniversaire du contrat si la garantie n'est pas renouvelée;
- à l'âge de 75 ans ou 100 ans de l'assuré, selon le régime sélectionné;
- à la date à laquelle une prestation à la suite d'un diagnostic d'une maladie grave couverte est versée;
- à la date à laquelle le propriétaire exerce l'option de remboursement des primes à la résiliation, s'il y a lieu;
- à la date à laquelle l'assuré décède;
- à la date de demande de résiliation du contrat.

SÉLECTION DES RISQUES

Plusieurs différences existent entre l'assurance vie et l'assurance en cas de maladie grave sur le plan de la sélection des risques et des preuves d'assurabilité requises. En effet, les critères décrits ci-dessous doivent être pris en considération avant de soumettre un dossier pour évaluation.

QUALIFICATION DES RISQUES

Les facteurs de risque tels que les antécédents familiaux et personnels ainsi que le style de vie ont une influence majeure sur la sélection des risques pour une protection en cas de maladie grave.

- Les antécédents médicaux des membres de la famille immédiate (père, mère, frère, sœur de même sang) peuvent augmenter la probabilité que le proposant souffrira de la même maladie. Une surprime ou un refus peut être émis.
- En général, lorsqu'un proposant a déjà souffert d'une maladie grave couverte, il ne sera pas admissible pour une protection en cas de maladie grave. Par ailleurs, les facteurs personnels de risque comme le tabagisme, l'hyperlipidémie, le diabète, l'hypertension et l'obésité seront aussi étudiés.

Pourquoi ces facteurs ?

- Le tabagisme entraîne un risque accru de maladie cardiovasculaire et de cancer. Il y a donc une plus grande possibilité de surprime.
- L'hyperlipidémie est un facteur de risque significatif pour l'assurance en cas de maladie grave. En effet, cette condition peut entraîner des complications touchant les artères et les vaisseaux périphériques ainsi que les reins.
- L'hypertension est un facteur prédisposant à l'athéromatose provoquant la cardiopathie ischémique et les attaques vasculaires. Cette condition peut endommager les artérols rénales et induire la perte de fonction rénale.
- L'obésité est fréquemment associée au diabète, à l'hypertension et à la cardiopathie ischémique.
- Les facteurs qui seront étudiés attentivement sur le plan du style de vie sont la conduite automobile, l'usage de drogues et l'abus d'alcool, l'occupation et la pratique de sports dangereux.

OUTILS DE PRÉSÉLECTION

Vous fournirez une grande partie des renseignements requis à la sélection des risques. Règle générale, plus les renseignements que vous fournirez au tarificateur seront complets et détaillés, plus le traitement de la demande sera rapide. N'hésitez pas à joindre une note explicative à la proposition, si vous jugez que cela pourrait être utile à l'étude du dossier.

Il est également utile de gérer les attentes de vos clients, soit pour éviter des refus automatiques ou encore préparer votre client à une surprime. Nous vous proposons des outils de présélection pour vous aider à déterminer si votre client est un candidat favorable à l'assurance en cas de maladie grave.

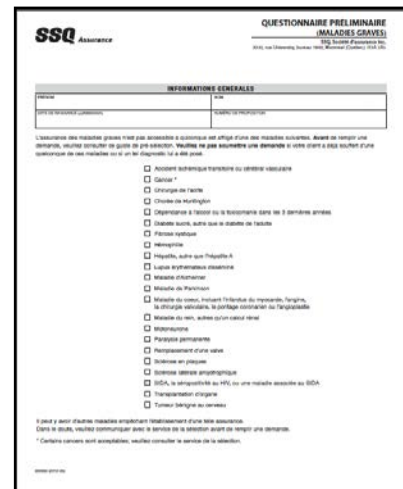
Premièrement, le « *Questionnaire préliminaire – maladies graves* » permet d'identifier, **avant de remplir une demande**, si votre client se qualifie pour cette protection. Veuillez consulter la liste des maladies ci-dessous. **Ne soumettez pas de proposition** si votre client a déjà souffert d'une de ces maladies ou si un tel diagnostic lui a été posé :

- Accident vasculaire cérébral ou attaque ischémique transitoire
- Cancer *
- Chirurgie de l'aorte
- Chorée de Huntington
- Dépendance à l'alcool ou la toxicomanie dans les 3 dernières années
- Diabète sucré, autre que le diabète de l'adulte
- Fibrose kystique
- Hémophilie
- Hépatite, autre que l'hépatite A
- Lupus érythémateux disséminé
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Maladie du cœur, incluant l'infarctus du myocarde, l'angine, la chirurgie valvulaire, le pontage coronarien ou l'angioplastie coronarienne
- Maladie du rein, autre qu'un calcul rénal
- Maladie du neurone moteur
- Paralyse permanente
- Remplacement d'une valve
- Sclérose en plaques
- Sclérose latérale amyotrophique
- SIDA, la séropositivité au VIH, ou une maladie associée au SIDA
- Transplantation d'un organe vital
- Tumeur cérébrale bénigne

* Certains cancers sont admissibles; veuillez consulter le service de sélection.

Le « *Questionnaire préliminaire – maladies graves* » est à votre disposition dans la bibliothèque du logiciel d'illustrations ainsi que sur le site des conseillers.

Il peut y avoir d'autres maladies empêchant l'établissement d'une assurance en cas de maladie grave. Dans le doute, veuillez communiquer avec le service de sélection avant de remplir une demande.



SSSQ Assurance Maladies graves – Tableau des antécédents familiaux

100, rue de la Montée, Montréal, Québec H3T 1M4

100, rue de la Montée, Montréal, Québec H3T 1M4

Maladie	100% (avant 18 ans)	75% (18-29 ans)	50% (30-39 ans)	25% (40-49 ans)	0% (50 ans et plus)
1. Accident vasculaire cérébral	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
2. Cancer	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
3. Chirurgie de l'aorte	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
4. Chorée de Huntington	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
5. Dépendance à l'alcool ou la toxicomanie	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
6. Diabète sucré	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
7. Fibrose kystique	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
8. Hémophilie	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
9. Hépatite	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
10. Lupus érythémateux disséminé	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
11. Maladie d'Alzheimer	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
12. Maladie de Parkinson	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
13. Maladie du cœur	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
14. Maladie du rein	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
15. Maladie du neurone moteur	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
16. Paralyse permanente	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
17. Remplacement d'une valve	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
18. Sclérose en plaques	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
19. Sclérose latérale amyotrophique	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
20. SIDA	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
21. Transplantation d'organe	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible
22. Tumeur cérébrale	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible	Non admissible

Legend: Non admissible, Admissible, Non admissible

Ensuite, nous vous invitons à consulter le « *Tableau des antécédents familiaux* » mis à votre disposition dans le logiciel d'illustrations et sur le site des conseillers. Ce dernier sert de guide seulement, mais vous fournira une indication première sur le traitement de la demande. Plus précisément, vous serez en mesure d'évaluer si une police sera acceptée avec un taux régulier, supprimé ou encore refusé. Vous serez alors en meilleure position pour gérer les attentes de votre client avant de soumettre la proposition.

PREUVES D'ASSURABILITÉ – ASSURANCE MALADIES GRAVES

Le tableau ci-dessous résume les preuves d'assurabilité requises.

Âge	Jusqu'à 99 999 \$	100 000 \$ à 250 000 \$	250 001 \$ à 500 000 \$	500 001 \$ à 999 999 \$	1 000 000 \$ et plus
0 – 17					
18 – 40		AU / HIV	AU / HIV	P, PS	P, PS, ECG, RMT
41 – 50		P, AU / HIV	P, PS	P, PS, ECG, RMT,	P, PS, ECG, RMT
51 – 60	P, PS, PSA	P, PS, PSA	P, PS, PSA ECG	P, PS, PSA, ECG, RMT	P, PS, PSA, ERE, RMT
61 – 65	P, PS, PSA	P, PS, PSA, ECG	P, PS, PSA, ECG, RMT	P, PS, PSA, ECG, RMT	P, PS, PSA, ERE, RMT

AU/HIV : Analyse d'urine
(par un organisme autorisé)

PS : Profil sanguin incluant analyse
d'urine

E : Examen médical
(par un médecin autorisé)

PSA : Antigène prostatique spécifique
(pour les hommes)

ECG : Électrocardiogramme
au repos

RMT : Rapport du médecin traitant

ERE : Électrocardiogramme
à l'effort

P : Paramédical
(par un organisme autorisé)

Le Rapport du médecin traitant (RMT) est commandé par SSQ, Société d'assurance inc. lorsque requis.

Autres règles de sélection

1. Les preuves médicales sont valides pour une période de douze (12) mois suivant la date où elles ont été établies.
2. La Compagnie peut demander tout autre examen jugé nécessaire.
3. Les personnes n'ayant pas le statut d'immigré reçu ne sont pas admissibles pour cette garantie d'assurance.

ANNEXE

DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES SOUS LES PROTECTIONS DE BASE ET ENRICHIE

Accident vasculaire cérébral

Le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant 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.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

> Précisions

Un accident vasculaire cérébral se produit lorsque la quantité de sang acheminée au cerveau est réduite de façon significative, causant des séquelles neurologiques permanentes. Les séquelles doivent être présentes au moins 30 jours après l'accident.

Anémie aplasique

Le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un (1) des éléments suivants :

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

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

> Précisions

L'anémie aplasique est une maladie qui survient lorsque la moelle osseuse n'est plus capable de produire des globules sanguins. Cette défaillance cause l'anémie et un manque de globules blancs et de plaquettes sanguines. La maladie peut être traitée par des transfusions ou par des médicaments. Un autre traitement possible est la greffe de moelle osseuse.

Brûlures sévères

Le diagnostic définitif de brûlures au troisième (3^e) degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévères doit être fait par un spécialiste.

> Précisions

Les brûlures au troisième (3^e) degré représentent le type le plus sérieux de brûlures. Les brûlures doivent recouvrir au moins 20 % de la surface du corps afin d'être considérées comme menaçant la vie.

Cancer (avec risque de décès)

Le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès :

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

Période moratoire d'exclusion :

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet de la police; ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur,

la personne assurée :

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

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

> Précisions

Un cancer est la croissance de cellules anormales détruisant les cellules en bonne santé. Certains cancers sont moins sérieux et ne sont pas considérés comme mettant la vie en danger, toujours selon les définitions d'un produit de maladies graves. Ces cancers exclus sont énumérés plus haut. Si un cancer faisant partie des exclusions n'est pas guéri, progresse, puis est diagnostiqué par la suite comme faisant partie d'une classe de cancers couverts, la prestation en cas de maladie grave devient alors payable.

Cécité

Le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux (2) yeux mise en évidence par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux (2) yeux; ou
- un champ visuel moins de 20 degrés dans les deux (2) yeux.

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste.

> Précisions

La règle du 20/200 vise à éviter la situation où la personne assurée serait « aveugle légalement », mais non totalement aveugle.

Chirurgie coronarienne

La chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la chirurgie coronarienne.

> Précisions

Si une ou plusieurs artères allant au cœur sont bloquées, une chirurgie peut être pratiquée afin d'outrepasser le blocage en substituant une veine ou une artère d'une autre partie du corps. Ce type de chirurgie est majeur et entraîne une longue période de convalescence.

Chirurgie de l'aorte

Une intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de la chirurgie de l'aorte.

> Précisions

L'artère atteinte doit faire objet d'un remplacement par intervention chirurgicale.

Coma

Un diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant les 96 heures. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

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

> Précisions

Une personne peut être dans un coma pour une courte période de temps et ne subir aucune séquelle. C'est pourquoi il est spécifié que le coma doit durer au moins quatre (4) jours et doit nécessiter l'utilisation d'un système de support vital.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :

L'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :

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

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

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou
- découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne rencontre pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

> Précisions

Lorsqu'une crise cardiaque survient, une partie du muscle cardiaque meurt parce que le sang ne se rend plus au cœur. Afin de confirmer le diagnostic d'une crise cardiaque, l'électrocardiographie doit être revue afin de voir les dommages cardiaques (modifications récentes). Par ailleurs, des tests sanguins doivent être faits afin de connaître le taux d'élévation des enzymes cardiaques.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Un diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation 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 lieu après la date de prise d'effet de la police ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- a) la blessure accidentelle doit être rapportée à la Compagnie dans les quatorze (14) jours suivant l'accident;
- b) sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatorze (14) jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- c) une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis;
- e) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

- la personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non-accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses).

> Précisions

Les conditions énumérées plus haut doivent être respectées afin que l'infection soit considérée comme une infection en milieu de travail.

Insuffisance rénale

Un diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux (2) reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Lorsque les deux (2) reins ne fonctionnent plus et que l'assuré doit recourir à un traitement par dialyse de façon régulière ou subir une transplantation, la prestation est payable.

Maladie d'Alzheimer

Un diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de huit (8) heures au minimum. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

> Précisions

Cette condition est difficile à diagnostiquer. La définition est donc spécifiquement liée au comportement et aux symptômes.

Maladie de Parkinson

Un diagnostic définitif de la maladie de Parkinson primitive idiopathie, laquelle se caractérise par un minimum de deux (2) des manifestations cliniques suivantes :

- rigidité musculaire;
- tremblements; ou
- bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissements des réactions physiques et mentales).

La personne assurée doit avoir besoin d'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne suivantes. Le diagnostic de maladie de Parkinson doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.
- faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- se mouvoir – capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

> Exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout autre type de parkinsonisme.

> Précisions

Un spécialiste dans ce domaine doit diagnostiquer la maladie due aux difficultés liées au diagnostic de cette condition.

Maladie du neurone moteur

Un diagnostic définitif d'une (1) des maladies suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primaire;
- amyotrophie spinale progressive;
- paralysie bulbaire progressive; ou
- paralysie pseudobulbaire,

et se limite à ces maladies.

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

> Précisions

Les maladies du neurone moteur sont des maladies dégénératives des cellules nerveuses qui contrôlent les mouvements des muscles squelettiques. Dans certains cas, l'assuré a de la difficulté à parler et à avaler. Cependant, les fonctions intellectuelles demeurent intactes.

Méningite bactérienne

Un diagnostic définitif 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 bactérienne doit être confirmé par une analyse de laboratoire et doit être fait par un spécialiste.

> Exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

> Précisions

La méningite bactérienne est une infection du cerveau, causée par une bactérie, qui entraîne des déficits neurologiques permanents. Ces déficits doivent être présents pendant au moins 90 jours et être confirmés par un neurologue.

Paralysie

Le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux (2) membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Une prestation est payée lorsque l'assuré ne ressent aucune sensation et ne peut bouger volontairement au moins deux (2) membres, cette condition persistant pour au moins 90 jours.

Perte d'autonomie

Un diagnostic définitif de :

- a) l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne; ou
- b) déficience cognitive telle que définie ci-après,

pour une période continue de plus de 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 :

- prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.
- faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.
- être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- se mouvoir – capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

Déficience cognitive signifie la détérioration mentale et perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'un minimum de huit (8) heures par jour.

L'établissement de la déficience cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des dites déficiences.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole

Le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste.

> Exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour toute cause psychiatrique.

> Précisions

Une perte de la parole temporaire est plus commune qu'une perte permanente de la parole et peut être due à un simple mal de gorge. C'est pour cette raison qu'un nombre de jours est spécifié dans la définition.

Perte de membres

Le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux (2) 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.

> Précisions

La séparation doit entraîner la perte irréversible de membres.

Remplacement des valves du coeur

Le remplacement chirurgical de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de cette chirurgie.

> Exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour la réparation d'une valve cardiaque.

> Précisions

La valve atteinte doit faire l'objet d'un remplacement par intervention chirurgicale.

Sclérose en plaques

Un diagnostic définitif, d'au moins une (1) des conditions suivantes :

- au moins deux (2) épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six (6) mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un (1) mois.

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

> Précisions

La sclérose en plaques est une maladie progressive attaquant le système nerveux. Cette condition est difficile à diagnostiquer dans ses premiers stades et les symptômes peuvent parfois n'être présents que pendant une courte durée. Afin d'augmenter les chances d'un diagnostic fiable, la définition doit stipuler la présence d'épisodes d'anomalies neurologiques et préciser le genre de tests utilisés pour procéder au diagnostic.

Surdité

Le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) 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.

> Précisions

La surdité temporaire est plus commune que la surdité permanente et peut survenir après une blessure ou un accident. Afin d'offrir une couverture pour la perte permanente de l'ouïe dans les deux (2) oreilles, nous devons spécifier le niveau de surdité acceptable.

Transplantation d'un organe vital

Le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un 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, en se limitant à ces organes. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Chacun des organes mentionnés plus haut peut être malade au point de nécessiter une transplantation. Lorsqu'un nouvel organe a été transplanté et que la personne survit à l'opération au moins 30 jours, la prestation devient payable.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente

Le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel programme de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Les protections en cas de « transplantation d'un organe vital » et de « transplantation d'un organe vital sur liste d'attente » reflètent deux (2) situations distinctes. La dernière s'adresse à l'assuré qui est enregistré sur une liste d'attente pour transplantation.

Tumeur cérébrale bénigne

Le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Période moratoire d'exclusion :

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet de la police; ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur,

la personne assurée :

- a présenté des signes, symptômes ou a subi des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

> Précisions

Une tumeur cérébrale bénigne est une tumeur non cancéreuse qui doit être confirmée par prélèvement de tissus dans le cerveau.

DÉFINITIONS DE TROIS MALADIES GRAVES ADDITIONNELLES COUVERTES SOUS LA PROTECTION POUR ENFANT

Autisme

Une anomalie organique dans le développement du cerveau caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou toute autre forme de communication sociale. Le diagnostic d'autisme doit être confirmé par un spécialiste avant le troisième (3^e) anniversaire de naissance.

> Précisions

L'autisme implique un détachement de la réalité, comportant la perte des échanges avec le monde extérieur et la prédominance d'un monde intérieur imaginaire propre au sujet.

Dystrophie musculaire

Un diagnostic non équivoque et définitif de dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire. Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être confirmé par un spécialiste avant le vingt-cinquième (25^e) anniversaire de naissance.

> Précisions

Trouble de la fonction de groupes musculaires aboutissant à des modifications motrices anatomiques.

Fibrose kystique

Un diagnostic non équivoque et définitif de fibrose kystique, caractérisé par un trouble héréditaire affectant les glandes exocrines et résultant en une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. Le diagnostic de fibrose kystique doit être confirmé par un spécialiste avant le vingt-cinquième (25^e) anniversaire de naissance.

> Précisions

Maladie héréditaire qui amène une insuffisance respiratoire progressive, de même que possiblement une insuffisance hépatique.

DÉFINITIONS DES QUATRE CONDITIONS MÉDICALES COUVERTES PAR LA GARANTIE PRESTATION ADDITIONNELLE

Angioplastie coronarienne

Une intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de l'angioplastie coronarienne.

> Précisions

L'angioplastie coronarienne consiste à élargir une artère coronaire au moyen d'un ballon. Un cathéter à extrémité gonflable est inséré dans une artère (habituellement dans l'aîne) et dirigé jusqu'au blocage ou rétrécissement, où l'on gonfle le ballon. Le rétablissement est rapide (environ 1 jour) et les risques de crise cardiaque ou de pontage coronarien d'urgence consécutifs à l'intervention sont faibles. Près de 50 % des patients atteints de coronaropathie sont traités de cette façon. Le nom médical de cette intervention est ACTP (angioplastie coronarienne transluminale percutanée).

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

Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Carcinome canalaire in situ du sein

Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par une biopsie.

Mélanome malin au stade 1A

Le mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par une biopsie.

DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES PAR LA GARANTIE AVENANT JUVÉNILE**Autisme**

Une anomalie organique dans le développement du cerveau caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou toute autre forme de communication sociale. Le diagnostic d'autisme doit être confirmé par un spécialiste avant le troisième (3^e) anniversaire de naissance.

> Précisions

L'autisme implique un détachement de la réalité, comportant la perte des échanges avec le monde extérieur et la prédominance d'un monde intérieur imaginaire propre au sujet.

Cancer (avec risque de décès)

Le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès :

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

Période moratoire d'exclusion :

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet de la police; ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur,

la personne assurée :

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

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

> Précisions

Un cancer est la croissance de cellules anormales détruisant les cellules en bonne santé. Certains cancers sont moins sérieux et ne sont pas considérés comme mettant la vie en danger, toujours selon les définitions d'un produit de maladies graves. Ces cancers exclus sont énumérés plus haut. Si un cancer faisant partie des exclusions n'est pas guéri, progresse, puis est diagnostiqué par la suite comme faisant partie d'une classe de cancers couverts, la prestation en cas de maladie grave devient alors payable.

Cécité

Le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux (2) yeux mise en évidence par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux (2) yeux; ou
- un champ visuel moins de 20 degrés dans les deux (2) yeux.

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste.

> Précisions

La règle du 20/200 vise à éviter la situation où la personne assurée serait « aveugle légalement », mais non totalement aveugle.

Diabète sucré de Type 1

Le 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 spécialiste ou un endocrinologue licencié. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de trois (3) mois.

> Précisions

Le diabète sucré de Type 1 est attribuable à une insuffisance de la sécrétion d'insuline par le pancréas, qui entraîne une dépendance quotidienne à des injections d'insuline pour survivre.

Dystrophie musculaire

Un diagnostic non équivoque et définitif de dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire. Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être confirmé par un spécialiste.

> Précisions

Trouble de la fonction de groupes musculaires aboutissant à des modifications motrices anatomiques.

Fibrose kystique

Un diagnostic non équivoque et définitif de fibrose kystique, caractérisé par un trouble héréditaire affectant les glandes exocrines et résultant en une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. Le diagnostic de fibrose kystique doit être confirmé par un spécialiste.

> Précisions

Maladie héréditaire qui amène une insuffisance respiratoire progressive, de même que possiblement une insuffisance hépatique.

Insuffisance motrice cérébrale (paralysie cérébrale)

Un diagnostic non équivoque et définitif de paralysie cérébrale, révélé par des troubles neurologiques non évolutifs caractérisés par des spasmes et une incoordination des mouvements. Le diagnostic d'insuffisance motrice cérébrale doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Présence de troubles neuromoteurs chroniques.

Insuffisance rénale

Un diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux (2) reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Lorsque les deux (2) reins ne fonctionnent plus et que l'assuré doit recourir à un traitement par dialyse de façon régulière ou subir une transplantation, la prestation est payable.

Maladies congénitales du coeur

Le diagnostic d'une (1) des conditions du cœur suivantes :

a) Les conditions suivantes sont couvertes après une période de survie de 30 jours suivant la plus éloignée des dates entre le diagnostic et la naissance :

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

Le diagnostic doit être posé par un spécialiste qualifié et supporté par l'imagerie cardiaque appropriée.

b) Les conditions suivantes sont couvertes uniquement si une chirurgie à cœur ouvert est effectuée pour corriger la condition et après une période de survie de 30 jours suivant la plus éloignée des dates entre le diagnostic et la naissance :

- Sténose pulmonaire;
- Sténose aortique;
- Sténose subvalvulaire aortique légère;
- Communication inter ventriculaire;
- Communication inter auriculaire.

Le diagnostic doit être posé par un spécialiste qualifié et supporté par l'imagerie cardiaque appropriée.

La chirurgie doit être recommandée par un spécialiste qualifié et effectuée par un chirurgien cardiologue.

Les techniques telles que la valvuloplastie et la fermeture de communication inter auriculaire percutanée sont exclues.

Toutes les autres conditions cardiaques congénitales sont exclues.

> Précisions

Ces anomalies peuvent être uniques ou multiples et peuvent en tout temps provoquer une détérioration importante du système pulmonaire ou cardiovasculaire.

Paralysie

Le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux (2) membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Une prestation est payée lorsque l'assuré ne ressent aucune sensation et ne peut bouger volontairement au moins deux (2) membres, cette condition persistant pour au moins 90 jours.

Surdité

Le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) 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.

> Précisions

La surdité temporaire est plus commune que la surdité permanente et peut survenir après une blessure ou un accident. Afin d'offrir une couverture pour la perte permanente de l'ouïe dans les deux (2) oreilles, nous devons spécifier le niveau de surdité acceptable.

Transplantation d'un organe vital

Le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un 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, en se limitant à ces organes. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Chacun des organes mentionnés plus haut peut être malade au point de nécessiter une transplantation. Lorsqu'un nouvel organe a été transplanté et que la personne survit à l'opération au moins 30 jours, la prestation devient payable.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente

Le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel programme de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Les protections en cas de « transplantation d'un organe vital » et de « transplantation d'un organe vital sur liste d'attente » reflètent deux (2) situations distinctes. La dernière s'adresse à l'assuré qui est enregistré sur une liste d'attente pour transplantation.

Trisomie 21 (Syndrome de Down)

Un diagnostic définitif de Syndrome de Down avec la présence à l'analyse caryotypique d'une trisomie 21. Le diagnostic de trisomie 21 doit être posé par un spécialiste.

> Précisions

Anomalie génétique due à la présence dans une paire chromosomique d'un chromosome surnuméraire.

Tumeur cérébrale bénigne

Le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

> Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Période moratoire d'exclusion :

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet de la police; ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur,

la personne assurée :

- a présenté des signes, symptômes ou a subi des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

> Précisions :

Une tumeur cérébrale bénigne est une tumeur non cancéreuse qui doit être confirmée par prélèvement de tissus dans le cerveau.

À propos de SSQ Assurance

Fondée en 1944, SSQ Assurance est une entreprise à caractère mutualiste qui place la collectivité au cœur de l'assurance. Avec un actif sous gestion de douze milliards de dollars, SSQ Assurance s'impose au Canada comme l'une des plus importantes compagnies de l'industrie. Au service d'une communauté de plus de trois millions de clients, SSQ Assurance emploie 2 000 personnes. Chef de file en assurance collective, l'entreprise se démarque aussi par son expertise en assurance individuelle, en assurance de dommages et dans le secteur de l'investissement.



**Pour en savoir plus,
consultez ssq.ca.**

Le présent document est destiné à fournir une description sommaire d'un produit d'assurance offert par SSQ, Société d'assurance inc. Il ne vise pas à décrire l'ensemble des dispositions, exclusions et limitations applicables à une garantie ou à une police d'assurance particulière. Pour une description complète des dispositions, exclusions et limitations, veuillez vous référer au contrat.