

**Régime d'assurance maladies graves
Chèque-vie^{MD} de base
Guide du produit**

Le régime en bref

Admissibilité

- Résident du Canada
- Âge à l'expiration : 75 ans.
- Capital assuré : 25 000 \$, âge à la souscription : de 18 à 65 ans; 50 000 \$, âge à la souscription : de 18 à 60 ans; 75 000 \$, âge à la souscription : de 18 à 55 ans.

Points saillants du régime

- Garanties : versement du capital assuré au premier diagnostic d'un cancer, d'une crise cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral, d'un pontage aorto-coronarien ou d'une chirurgie de l'aorte.
- Déclaration de bonne santé dûment signée, sans questionnaire sur les antécédents familiaux à remplir.
- Clause relative aux affections préexistantes : période de 24 mois précédant la date d'effet du contrat.
- Chacune des affections comporte des exclusions et des exigences supplémentaires qui sont précisées dans sa définition propre.

Option de remboursement des primes

- Âge à la souscription : de 18 à 55 ans.
- Remboursement de la totalité des primes versées à l'expiration du contrat, jusqu'à concurrence du montant d'assurance choisi.
- Garantie pouvant être souscrite à la date d'établissement du contrat seulement.

Primes

- Les primes mensuelles sont établies en fonction du sexe et de l'usage du tabac.
- Les primes sont uniformes, à barème unique, renouvelables aux cinq ans. Les primes sont garanties pendant les cinq premières années. Les taux de renouvellement (à tous les cinq ans) ne sont pas garantis. Une fois le taux déterminé au renouvellement (à tous les cinq ans), il est garanti pour une autre période de cinq ans.
- L'âge retenu est l'âge au dernier anniversaire de naissance.
- Les primes sont payables jusqu'à la date d'anniversaire contractuel suivant le 75^e anniversaire de naissance de l'assuré, date à laquelle le contrat prend fin.

Tarification

- L'approbation de l'assurance pour cancer, accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, pontage aorto-coronarien et chirurgie de l'aorte est subordonnée à la signature / l'attestation d'une déclaration de bonne santé et à la communication de l'information nécessaire au paiement des primes à la Financière Manuvie.
- Le client n'a pas à remplir de questionnaire médical ni à préciser ses antécédents familiaux.

Facteurs de périodicité et frais de contrat

La prime annuelle correspond à 12 fois la prime mensuelle. Il n'y a aucuns frais de contrat.

Options de paiement des primes

Les primes peuvent être payées chaque mois par prélèvements autorisés sur le compte ou par carte de crédit (MasterCard, American Express et Visa) et chaque année par carte de crédit (MasterCard, American Express et Visa).

La solution : Chèque-vie de base

L'assurance maladies graves Chèque-vie de base prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire unique en cas de diagnostic de l'une des cinq maladies graves et interventions les plus fréquentes : cancer, accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, chirurgie de l'aorte et pontage aorto-coronarien. Elle comprend une garantie de satisfaction de 30 jours. L'Option de remboursement des primes garantit le remboursement de toutes les primes versées jusqu'à concurrence du montant d'assurance choisi si le contrat est maintenu en vigueur jusqu'à la date d'expiration prévue, soit jusqu'à la date d'anniversaire contractuel suivant le 75^e anniversaire de naissance de l'assuré.

Les caractéristiques de vente uniques du régime sont sa simplicité, son accessibilité et son coût abordable. Avec l'assurance maladies graves Chèque-vie de base, il n'est pas nécessaire de remplir un questionnaire médical ni de fournir des antécédents médicaux familiaux. Les primes demeurent inchangées pendant les cinq premières années, et le premier mois d'assurance est gratuit pour l'assuré pourvu que la périodicité des primes soit mensuelle.

Survivre à une maladie grave

Pendant sa convalescence à la suite d'une maladie grave, votre client peut avoir à assumer les frais pour des services de soins de santé, des médicaments et des suppléments particuliers ainsi que pour des soins à domicile que son régime public d'assurance maladie ou son régime d'assurance collective ne prend pas en charge. Il suffit d'ajouter à ces frais les dépenses courantes du ménage pour constater qu'une maladie grave peut avoir d'importantes conséquences financières.

L'assurance maladies graves Chèque-vie de base permet la souscription du montant de couverture nécessaire pour répondre aux besoins de l'assuré pendant sa convalescence. Les fonds peuvent servir à payer l'hypothèque pendant une ou deux années ou à couvrir les dépenses imprévues liées aux soins, protégeant ainsi l'assuré tout comme sa famille.

Combien de temps faut-il pour que la proposition soit approuvée?

Si votre client peut signer une déclaration de bonne santé, sa proposition d'assurance Chèque-vie de base est alors approuvée. La date d'effet de l'assurance correspond au premier du mois suivant la date de réception de la proposition.

Le régime en détail

Définitions des affections couvertes

Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel 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.

Exclusion : aucune prestation n'est payable dans le cas des cancers suivants ne mettant pas la vie en danger :

- carcinome in situ;
- mélanome malin au stade 1a (mélanome dont l'épaisseur est égale ou inférieure à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome et non métastatique; ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation n'est payable si, dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat, selon la plus éloignée de ces dates,

l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic,
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux ci-dessus doivent être fournis à l'assureur dans les six mois suivant la date du diagnostic, sans quoi l'assureur a le droit de rejeter toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les 30 jours suivant la date du diagnostic.

Crise cardiaque

Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine entraînant l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus du myocarde, et présentant au moins un des événements suivants :

- symptômes de crise cardiaque;
- nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

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

Exclusion : aucune prestation n'est payable pour une crise cardiaque dans les cas suivants :

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

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les 30 jours suivant la date du diagnostic.

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

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

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

Exclusion : aucune prestation ne sera exigible pour cette affection dans les cas suivants :

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

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre jusqu'à ce que tous les critères énoncés dans la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus soient remplis.

Pontage aorto-coronarien

Chirurgie cardiaque visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire au moyen d'un pontage par greffe. Les interventions non chirurgicales ou les techniques à base de cathéter, comme l'angioplastie par ballonnet et l'embolectomie au laser ne sont pas couvertes. Un spécialiste doit déterminer que l'intervention est nécessaire d'un point de vue médical.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les 30 jours suivant la date de l'intervention.

Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de l'aorte atteinte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte » l'aorte thoracique ou l'aorte abdominale, mais non ses branches. Un spécialiste doit déterminer que l'intervention est nécessaire d'un point de vue médical.

Pour avoir droit à la prestation, l'assuré doit survivre pendant les 30 jours suivant la date de la chirurgie.

Option de remboursement des primes

Nous remboursons les primes payées jusqu'à concurrence du capital assuré, aux conditions suivantes :

- l'assuré n'a présenté aucune demande de règlement au titre du contrat à la date d'anniversaire contractuel suivant le 75^e anniversaire de naissance de l'assuré, date d'expiration du contrat;
- la couverture, y compris la garantie Remboursement des primes, est encore en vigueur à cette date et aucune période d'attente n'est en cours à l'égard d'une affection couverte.

Cette garantie est offerte à l'établissement du contrat uniquement si la personne à assurer est alors âgée de 18 à 55 ans.

Si une période d'attente est en cours à l'égard d'une affection couverte, la garantie reste en vigueur jusqu'à la fin de la période d'attente relative à l'affection couverte en question.

Si, à ce moment, l'assuré est toujours vivant, mais n'a pas droit à la prestation pour l'affection couverte, la prestation Remboursement des primes décrite ci-dessus est payable à l'expiration du contrat.

Si l'assuré survit à la période d'attente et a droit à la prestation pour l'affection couverte, la prestation Remboursement des primes n'est pas payable à l'expiration du contrat.

Restrictions et exclusions

Les exclusions et restrictions énoncées dans le contrat s'ajoutent à celles énoncées dans les définitions d'affections couvertes.

Aucune prestation n'est payable si l'assuré souffre, au cours de la période de 24 mois suivant la date d'effet du contrat ou la date de la dernière remise en vigueur du contrat, d'une affection couverte attribuable directement ou indirectement ou liée d'une façon ou d'une autre à une affection préexistante. Une **affection préexistante** s'entend d'une maladie ou affection pour laquelle, **durant la période de 24 mois précédant la date d'effet** du contrat ou la date de la dernière remise en vigueur, l'assuré a reçu un diagnostic ou a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin, ou a reçu la recommandation de se faire traiter ou de consulter un médecin, a reçu une ordonnance ou pris des médicaments, a montré des signes, a présenté des symptômes, ou a subi des tests ou des examens.

Aucune prestation n'est payable si l'assuré, sain d'esprit ou non, souffre d'une affection couverte attribuable directement ou indirectement ou liée d'une façon ou d'une autre à ce qui suit :

- blessures auto-infligées intentionnellement;
- utilisation ou absorption délibérée, par l'assuré :
 - de tout médicament sur ordonnance ou narcotique, sans respecter les directives d'un médecin;
 - de tout médicament ou narcotique en vente libre au Canada, sans respecter les recommandations du fabricant;
 - de tout médicament ou narcotique dont la vente est interdite au Canada; ou
 - d'une substance toxique ou intoxicante, y compris l'alcool.
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré;
- conduite d'un véhicule motorisé par l'assuré alors qu'il présente une alcoolémie de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang.

Si l'assuré souffre d'une affection couverte qui est diagnostiquée ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis, nous devons être d'avis que :

- le même diagnostic aurait été établi si l'affection couverte s'était manifestée au Canada ou aux États-Unis;
- le médecin qui a établi le diagnostic était autorisé à pratiquer dans le ressort où le diagnostic a été posé et détient des titres de compétences équivalents à ceux qui sont exigés au Canada ou aux États-Unis;
- le diagnostic est entièrement corroboré par tous les tests diagnostiques appropriés et les autres examens qui seraient normalement faits au Canada ou aux États-Unis (y compris ceux qui sont exigés au titre du contrat); et
- le cas échéant, le même type de chirurgie ou de procédure exigé au titre du contrat aux fins de versement de la prestation aurait été conseillé si le diagnostic avait été établi au Canada ou aux États-Unis.

Si le diagnostic a été établi ailleurs qu'au Canada ou qu'aux États-Unis, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré de subir un examen médical indépendant, effectué par un médecin désigné par l'assureur.

Tarifification

La personne à assurer a droit à la couverture si elle atteste ce qui suit :

Je déclare être résident canadien. Il est entendu que ma protection entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle ma proposition aura été reçue et approuvée par la Financière Manuvie.

Je déclare qu'au cours des 10 dernières années, je n'ai jamais reçu de diagnostic, présenté de signes ou de symptômes, consulté un médecin ou passé des tests donnant des résultats anormaux à l'égard des affections suivantes :

- cancer, tumeur intracrânienne;
- cardiopathie (notamment angine et crise cardiaque), accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), maladie vasculaire périphérique ou diabète;
- hépatite (y compris l'état de porteur), maladie chronique du rein, sida ou infection par VIH;
- alcoolisme ou abus de drogues.

Je déclare n'avoir pas subi, au cours des 10 dernières années, de pontage aorto-coronarien ni de chirurgie de l'aorte.

Je déclare également n'avoir subi aucun test pour lequel j'attends des résultats et on ne m'a pas recommandé de subir des tests qui n'ont pas encore été effectués.

Il est entendu que toute fausse déclaration sur des faits importants, y compris sur l'usage du tabac, rendra l'assurance annulable à la demande de la Financière Manuvie.

J'accuse réception de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité et j'en accepte les conditions.

Outre le libellé ci-dessus, les offres du produit Chèque-vie faites directement au client (c'est-à-dire sans l'intervention d'un conseiller autorisé) comprendront le libellé suivant :

J'accuse réception de la brochure sur l'assurance maladies graves [nom du produit] et déclare avoir lu et compris l'information relative aux conditions de couverture au titre du régime et aux exclusions et restrictions applicables à ladite couverture, y compris celles ayant trait aux affections préexistantes.

L'assuré non-fumeur ne doit avoir fait usage d'aucune forme de tabac, de succédané de nicotine, de produit de désaccoutumance au tabac ou de marijuana depuis 12 mois.

Résiliation

L'assurance au titre du contrat prend fin d'office à la plus rapprochée des dates suivantes :

- la date d'anniversaire contractuel qui suit le 75^e anniversaire de naissance de l'assuré;
- trente-et-un (31) jours après la date d'exigibilité d'une prime au titre du contrat, si la prime requise reste impayée;
- la date d'échéance de la prime suivant la date à laquelle la Financière Manuvie reçoit de l'assuré un avis écrit de résiliation de la couverture;
- la date à laquelle une prestation devient payable au titre du contrat;
- la date du décès de l'assuré.