

www.inalco.com

TRANSITION | TRANSITION ÉVOLUTION |
TRANSITION ÉMISSION SIMPLIFIÉE

ASSURANCE MALADIE GRAVE

GUIDE DU PRODUIT

TRANSITION | TRANSITION ÉVOLUTION |
TRANSITION ÉMISSION SIMPLIFIÉE

À L'USAGE EXCLUSIF DES CONSEILLERS FINANCIERS

Table des matières

1.	DESCRIPTION DE L'ASSURANCE	2
2.	FAITS SAILLANTS.....	2
3.	CLIENTÈLE CIBLE	3
4.	CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT	5
5.	Maladies et affections COUVERTES	8
5.1	Prestation Prévention +	8
5.2	Diagnostic au Canada.....	9
5.3	Diagnostic à l'extérieur du Canada et des États-Unis	9
6.	LIMITATIONS ET EXCLUSIONS.....	9
6.1	Limitations	9
6.2	Exclusions	10
7.	ÉTENDUE DE LA PROTECTION	10
8.	PRIMES	11
8.1	Primes par bande	11
8.2	Paiement des primes.....	11
9.	Versement de la PRESTATION	12
10.	AVENANT DE remboursement des primes au décès	12
11.	AVENANT DE Remboursement flexible des primes	13
11.1	Transition	13
11.1.1	Remboursement flexible des primes Transition T10 (R&T) et T75.....	13
11.1.2	Remboursement flexible des primes Transition T100, T100 Option 10 et T100 Option 20	15
11.2	Transition Evolution.....	16
11.3	Remboursement flexible des primes Transition et Transition Evolution	16
12.	Avenant de prestation majorée	17
13.	TRANSITION - Transformation du T10 (R&T) et du T20 (R&T).....	18
13.1	Remboursement des primes T10 (R&T).....	18
13.2	Remboursement des primes T20 (R&T).....	19
14.	Protections complémentaires.....	20
15.	MODALITÉS ADMINISTRATIVES.....	21
15.1	Diminution de la protection maladie grave	21
15.2	Avance sur primes	22
15.3	Avance sur contrat	22
16.	TARIFICATION	23
17.	IMPOSITION.....	23
18.	Transition À émission simplifiée.....	24
	ANNEXE I - Définitions des maladies graves et DES affections	25
	Annexe II - Définitions des maladies graves juvéniles	33
	ANNEXE III - GLOSSAIRE DES TERMES MÉDICAUX	35

1. DESCRIPTION DE L'ASSURANCE

Transition ou Transition Evolution est un excellent complément à toute planification financière. En plus de combler les besoins de vos clients au décès (assurance vie) ou lors d'une période d'invalidité (assurance invalidité), vous pouvez maintenant leur offrir une protection financière en cas de maladie grave.

Transition ou Transition Evolution est une protection d'assurance qui garantit le paiement d'un montant forfaitaire libre d'impôt si l'assuré survit plus de 30 jours après le diagnostic d'une maladie grave ou après une chirurgie prévue au contrat.

Grâce à Transition ou Transition Evolution, vos clients bénéficient du soutien financier nécessaire pour les aider à maintenir leur qualité de vie tout en se rétablissant d'une maladie grave. Une protection indispensable au moment où ils en ont le plus besoin!

Ce guide présente les produits de maladie grave Transition et Transition EVOLUTION. Plusieurs caractéristiques étant communes aux deux produits, le tableau de la section 4 présente les caractéristiques distinctives de chacun.

2. FAITS SAILLANTS

Des statistiques révèlent que de plus en plus de Canadiens, et de plus en plus jeunes, auront à faire face, au cours de leur vie, à une maladie grave.

En plus d'avoir à affronter une maladie, le régime provincial d'assurance maladie ne couvre pas tous les coûts importants.

Statistiques chocs* :

- ▶ 1 Canadien sur 4 développera une maladie cardiaque au cours de sa vie;
- ▶ 1 personne sur 2, victime d'une attaque cardiaque, est âgée de moins de 65 ans;
- ▶ 75 % des victimes survivent à un premier traumatisme cérébrovasculaire;
- ▶ 1 personne sur 3 développera une forme quelconque de cancer au cours de sa vie;
- ▶ 1 femme sur 9 développera un cancer du sein au cours de sa vie;
- ▶ 1 homme sur 8 développera un cancer de la prostate au cours de sa vie;
- ▶ 50 000 Canadiens souffrent de sclérose en plaques, soit l'un des taux les plus élevés au monde;
- ▶ Plus de 750 000 personnes au Canada pourraient souffrir de la maladie d'Alzheimer d'ici l'an 2031.

* Sources : Société canadienne du cancer, Fondation des maladies du cœur du Canada, Société canadienne de la sclérose en plaques, Société Alzheimer du Canada.

3. CLIENTÈLE CIBLE

Personne n'est à l'abri de la maladie!

Les produits Transition et Transition Evolution s'adressent à toute personne qui désire se protéger des soucis financiers qu'engendre une maladie grave en vue de maintenir sa qualité de vie et sa sécurité financière. **Versée du vivant de l'assuré**, la prestation prévue par Transition ou Transition Evolution comble le vide financier qui se creuse inévitablement entre le régime provincial d'assurance maladie et les dépenses, souvent substantielles, engendrées par une maladie grave.

Votre client peut utiliser la prestation comme il le désire, il n'y a aucune restriction!

Exemples

▪ Adapter son domicile à sa condition médicale		▪ Acquitter les frais médicaux pour traitements spécialisés prodigués ici ou à l'étranger
▪ S'offrir des soins infirmiers à domicile		▪ Diminuer ses obligations financières (hypothèques, dettes personnelles, etc.)
▪ Permettre au conjoint de prendre un congé sans solde pour demeurer à la maison		▪ Acquitter les frais de garde des enfants
▪ Financer un programme de formation pour réorienter sa carrière		▪ Assurer la continuité de l'entreprise
▪ Préparer une retraite anticipée		▪ Investir pour jouir de revenus futurs

Selon la clientèle visée, Transition ou Transition Evolution répond aux besoins suivants :

Familles

La prestation Transition ou Transition Evolution permet d'assurer la tranquillité d'esprit et d'éviter de faire subir les contrecoups dramatiques de la maladie à tous les membres de la famille. Transition ou Transition Evolution peut combler les besoins suivants :

- Remplacer le revenu du parent malade;
- Réduire les obligations financières (dettes, hypothèques, etc.);
- Payer les traitements médicaux spécialisés;
- S'offrir des soins infirmiers à domicile;
- Permettre au conjoint de prendre un congé sans solde pour aider la personne malade;
- Assurer les frais de garde des enfants.

Enfants

Transition - Transition Evolution a pensé aux parents dont les enfants sont atteints d'une maladie grave. C'est un produit qui vise à offrir le maximum de flexibilité tant pour les enfants actuels que pour ceux à venir. Il a été conçu en vue de :

- Permettre au parent de quitter temporairement son emploi pour se consacrer entièrement au rétablissement de son enfant malade;
- Offrir des soins infirmiers à domicile;
- Adapter le domicile ou faire l'achat d'appareils spécialisés.

Célibataires

Le versement d'une prestation du vivant intéressera la clientèle « célibataire » qui est davantage préoccupée par son bien-être, son indépendance et son autonomie personnelle et qui, de plus, ne peut compter sur une deuxième source de revenu. La prestation Transition ou Transition Evolution permettra de combler les besoins suivants :

- S'offrir des soins infirmiers à domicile;
- Adapter le domicile à leur condition médicale;
- S'offrir un voyage pour mieux récupérer.

Propriétaires & dirigeants d'entreprise/travailleurs autonomes

Ces personnes feront face à une perte de revenu significative en cas de maladie grave. Transition ou Transition Evolution est une solution abordable pour couvrir les situations d'invalidité et s'avère particulièrement intéressante pour les employés n'ayant aucune assurance invalidité.

Par ailleurs, les propriétaires d'entreprise et les travailleurs autonomes ne peuvent compter bien souvent sur aucune autre source de revenu pour assurer la survie de leur entreprise. La prestation Transition ou Transition Evolution vise à :

- Assurer leur sécurité financière;
- Compenser la perte de productivité ou de clientèle;
- Effacer les dettes de l'entreprise;
- Disposer d'un montant forfaitaire pour payer un remplaçant pendant leur absence.

Associés en affaires

L'assurance maladie grave Transition ou Transition Evolution peut être souscrite sur la tête d'un associé ou au nom de la compagnie et faire partie de la convention achat-vente entre actionnaires. Grâce à la prestation Transition ou Transition Evolution, il est possible de :

- Racheter les parts de l'associé malade, rachat effectué par les autres actionnaires;
- Compenser la perte de productivité ou de clientèle;
- Disposer d'un montant forfaitaire pour payer un remplaçant pendant l'absence de l'associé malade.

4. CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT

Le tableau suivant présente les caractéristiques qui distinguent Transition et Transition Evolution.

	TRANSITION	TRANSITION EVOLUTION
Description	<p>TRANSITION est un produit qui peut être souscrit comme protection de base, comme avenant sur une police d'assurance vie universelle, ou encore sur une police d'assurance permanente ou temporaire. TRANSITION permet d'assurer jusqu'à 9 personnes sur un même contrat pour des couvertures d'assurance différentes, en incluant l'assuré principal. Les protections d'assurance conjointe ne sont toutefois pas disponibles.</p>	<p>TRANSITION EVOLUTION est un produit qui se souscrit comme protection de base et dont la définition des maladies et conditions médicales couvertes peut évoluer favorablement dans le temps. Une seule personne peut être assurée par contrat.</p> <p>Contrairement au produit TRANSITION, TRANSITION EVOLUTION offre des primes non garanties, par le fait même plus abordables. De plus, les maladies et conditions médicales couvertes sont évolutives, c'est-à-dire que des améliorations ou changements favorables des définitions pourront être effectuées lors des révisions de prime afin de tenir compte des nouvelles tendances sur le marché.</p>
Types de protection	<p>TRANSITION - T10 (R et T) Protection temporaire 10 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans de l'assuré. Les primes de renouvellement sont garanties à l'émission et calculées selon l'âge atteint de l'assuré au moment du renouvellement. De plus, cette protection est transformable en une protection permanente jusqu'à l'âge de 65 ans de l'assuré. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée au moment de la transformation. La section «Transformation du T10 (R et T) – incidence sur la valeur des remboursements de primes» présente des informations additionnelles.</p> <p>TRANSITION – T20 (R et T) Protection temporaire 20 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans de l'assuré. Les primes de renouvellement sont garanties à l'émission et calculées selon l'âge atteint de l'assuré au moment du renouvellement. De plus, cette protection est transformable en une protection permanente jusqu'à l'âge de 65 ans de l'assuré. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée au moment de la transformation.</p>	<p>TRANSITION EVOLUTION - T100 Protection temporaire jusqu'à l'âge de 100 ans de l'assuré.</p> <p>Les primes sont non garanties et révisables à tous les cinq (5) ans à compter du 10^e anniversaire du contrat. Advenant une augmentation, celle-ci ne pourrait être supérieure à 10 % du montant de la prime courante. Les primes varient selon le sexe, l'âge et le statut de tabagisme. La protection T100 est libérée à l'âge de 100 ans de l'assuré. Aucune prime n'est exigible jusqu'à la fin de la protection, par la suite.</p>

TRANSITION

TRANSITION EVOLUTION

Types de protection (suite)

TRANSITION - T75

Protection temporaire jusqu'à l'âge de 75 ans de l'assuré. La prime est garantie et nivelée pour la durée de la protection.

TRANSITION - T100

La prime est garantie et nivelée pour la durée de paiement des primes. La protection T100 est libérée à l'âge de 100 ans de l'assuré. Aucune prime n'est exigible par la suite.

TRANSITION - T100 Option 10

TRANSITION - T100 Option 20

Protection temporaire jusqu'à l'âge de 100 ans de l'assuré. Ces options permettent de libérer le capital assuré pour sa pleine valeur à la fin de la période de paiement des primes choisie. **La prime** est garantie et nivelée pour la durée de paiement des primes, soit pendant 10 ans ou 20 ans selon le cas. Ces options de paiement rapide doivent être sélectionnées à l'émission du contrat.

Capital assuré

Capital assuré minimum : 10 000 \$
Capital assuré maximum :
0 à 17 ans : 250 000 \$
18 ans et plus : 2 000 000 \$

Capital assuré minimum : 10 000 \$
Capital assuré maximum :
0 à 17 ans : 250 000 \$
18 ans et plus : 2 000 000 \$

Terminaison du contrat

Le contrat prend fin lors du premier des événements suivants :

- au paiement de la prestation;
- au décès de l'assuré;
- au 10^e anniversaire de la protection si T10 (R et T) non renouvelée;
- au 20^e anniversaire de la protection si T20 (R et T) non renouvelée;
- lorsque l'assuré atteint l'âge de 75 ans pour les protections T10 (R et T) et T75;
- lorsque le contractant exerce entièrement son droit de remboursement flexible des primes (si l'avenant a été sélectionné);
- à la date de résiliation du contrat.

Le contrat prend fin lors du premier des événements suivants :

- au paiement de la prestation;
- au décès de l'assuré;
- lorsque le contractant exerce entièrement son droit de remboursement flexible des primes;
- à la date de résiliation du contrat.

Particularité

Les maladies et les affections couvertes sont évolutives, c'est à dire que des améliorations ou des changements favorables des définitions pourront être effectuées lors des révisions de prime afin de tenir compte des nouvelles tendances sur le marché.

TRANSITION

TRANSITION ÉVOLUTION

Frais de police

1 assuré : 60 \$ sur base annuelle
2 assurés et plus : 90 \$ sur base
annuelle, peu importe
le nombre d'assurés

Aucuns frais de police ne s'appliquent
sur le contrat TRANSITION EVOLUTION.

Âge* à l'émission (âge minimum de 15 jours)

TRANSITION - T10 (R et T) : 0 à 65 ans
TRANSITION - T20 (R et T) : 0 à 55 ans
TRANSITION - T75 : 0 à 65 ans**
TRANSITION - T100 : 0 à 65 ans
TRANSITION - T100 Option 10 : 0 à 60 ans
TRANSITION - T100 Option 20 : 0 à 50 ans

TRANSITION EVOLUTION - T100 : 0-55 ans

* À noter que l'âge signifie l'âge à l'anniversaire de naissance le plus rapproché de la date d'effet de la protection.

** L'âge maximum pour adhérer au remboursement flexible des primes, option 2, est de 60 ans.

Remboursement des primes au décès

Le Remboursement des primes au décès est offert en avenant, à l'émission seulement. Il est disponible la plupart des types de protection Transition (voir section 12).

Le Remboursement des primes au décès est inclus d'office dans la protection de l'assuré (voir section 12).

Remboursement flexible des primes

Le Remboursement flexible des primes est offert en avenant, à l'émission seulement. Il est disponible sur la plupart des types de protection Transition (voir section 13.1). L'avenant de Remboursement flexible des primes n'est pas assujéti à la surprime applicable à la protection de base.

Le Remboursement flexible des primes est inclus d'office pour la protection TRANSITION EVOLUTION (voir section 13.2).

5. MALADIES ET AFFECTIONS COUVERTES

TRANSITION et TRANSITION EVOLUTION couvrent les 25 maladies ou affections suivantes :

- Accident vasculaire cérébral
- Anémie aplasique
- Brûlures sévères
- Cancer (avec risque de décès)
- Cécité
- Chirurgie coronarienne
- Chirurgie de l'aorte
- Coma
- Crise cardiaque (Infarctus du myocarde)
- Infection au VIH dans le cadre de l'occupation
- Insuffisance rénale
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Maladie du neurone moteur
- Méningite bactérienne
- Paralyse
- 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

TRANSITION et TRANSITION EVOLUTION couvrent également les 5 maladies graves juvéniles suivantes si le diagnostic survient avant le 25^e anniversaire de naissance de l'assuré :

- Diabète sucré de type 1
- Dystrophie musculaire
- Fibrose kystique
- Maladie congénitale du cœur
- Paralyse cérébrale

Vous retrouverez une description détaillée de chacune de ces maladies et affections, incluant les restrictions et les exclusions, en annexe.

Rappelons que l'assuré doit survivre plus de 30 jours après le diagnostic d'une maladie grave prévue au contrat. La période de survie fait référence à la période de 30 jours qui débute à la date du diagnostic de la maladie ou de l'affection ou à la date de la chirurgie, selon la maladie ou l'affection couverte.

5.1 Prestation Prévention +

La Prestation Prévention + prévoit le versement d'une prestation partielle* correspondant à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, lorsque l'assuré est atteint d'une des 4 conditions suivantes :

- angioplastie coronarienne

Cancers détectés précocement :

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

* Sous réserve de certaines exclusions et restrictions (voir annexe)

Une seule prestation Prévention + sera versée pour l'ensemble des affections ou traitement mentionnés ci-dessus et pour toute la durée du contrat. À la suite du versement de la prestation Prévention +, le contrat se poursuit selon les mêmes conditions et le capital assuré n'est pas diminué du montant versé.

5.2 Diagnostic au Canada

Le diagnostic d'une maladie grave doit être posé par un médecin spécialiste autorisé à exercer au Canada ou aux États-Unis et être confirmé par les techniques modernes d'investigation pertinentes à cette maladie, normalement utilisées au moment de la demande de règlement. Le spécialiste ne doit pas être l'assuré, le contractant, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de l'assuré ou du contractant.

5.3 Diagnostic à l'extérieur du Canada et des États-Unis

Lorsque le diagnostic d'une maladie grave est posé à l'extérieur du Canada et des États-Unis par un médecin spécialiste exerçant dans une juridiction jugée acceptable par la Compagnie, la prestation est versée si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- La Compagnie a reçu la totalité des dossiers médicaux;
- En s'appuyant sur les dossiers médicaux reçus, la Compagnie est assurée que :
 - le même diagnostic aurait été posé si la maladie grave ou l'accident avait été diagnostiqué par un médecin spécialiste exerçant au Canada;
 - le même traitement aurait été prescrit en conformité avec les normes canadiennes;
 - et
 - le même traitement, incluant l'intervention chirurgicale requise, si applicable, aurait été prescrit si le traitement avait été donné au Canada.
- La Compagnie peut exiger que l'assuré se soumette à un examen médical indépendant effectué par un médecin désigné par la Compagnie. Lors d'une intervention chirurgicale électorale, l'examen médical exigé devra être effectué avant ladite intervention chirurgicale.

6. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

6.1 Limitations

Il y a une période moratoire d'exclusion de 90 jours pour le cancer et la tumeur cérébrale bénigne. Veuillez vous référer à l'annexe I «*Définitions des maladies et affections couvertes*».

À la suite du diagnostic médical des maladies graves suivantes, **le versement de la prestation sera effectué si :**

- **Paralysie** La paralysie dure depuis au moins 90 jours;
- **Coma** L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant une période continue d'au moins 96 heures;
- **Perte de la parole** La perte de la parole persiste pendant au moins 180 jours;
- **Perte d'autonomie** Le capital assuré maximal payable est de 500 000 \$ par assuré pour tous les contrats en vigueur. Si le capital assuré alors en vigueur est supérieur à 500 000 \$, celui-ci sera diminué de ce montant ;
- **Méningite Bactérienne** La méningite entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

6.2 Exclusions

Aucune prestation n'est versée si la condition de l'assuré :

- Résulte de blessures qu'il s'est infligées lui-même ou d'une tentative de suicide, qu'il ait été conscient ou non de ses actes;
- Résulte de l'absorption volontaire de médicaments, de drogues, de stéroïdes, de narcotiques ou de substances toxiques, à moins que pris tels que prescrits par un médecin licencié;
- Résulte de guerres, de conflits où des armes sont utilisées, d'émeutes, d'insurrections ou de mouvements populaires, que l'assuré y ait participé activement ou non;
- Résulte du service dans les forces armées, pendant des opérations de surveillance, d'entraînement, de pacification ou de guerre, que la guerre ait été déclarée ou non;
- Survient alors que l'assuré commet ou tente de commettre un acte criminel ou lors d'une provocation de sa part;
- Survient lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de stupéfiants ou alors que la concentration d'alcool dans le sang de l'assuré excède 80 milligrammes par 100 millilitres de sang.

7. ÉTENDUE DE LA PROTECTION

Il est possible d'assurer la protection d'un enfant de deux façons :

- Au moyen d'un contrat individuel pour chaque enfant;
- Au moyen de l'avenant maladie grave enfant (Transition Enfant ou Transition Evolution Enfant)*, qui permet de couvrir tous les enfants de la famille.

(Voir les détails sous «Maladie grave enfant» dans le **GUIDE DES AVENANTS ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES** que vous trouverez dans le centre de documentation de l'extranet.

Capital assuré

Capital assuré minimum : 10 000 \$

Capital assuré maximum : 0 à 17 ans : 250 000 \$

18 ans et plus : 2 000 000 \$

Dans le cas d'un diagnostic de perte d'autonomie, le capital assuré maximal payable est de 500 000 \$ par assuré pour tous ses contrats de maladie grave en vigueur émis par la Compagnie. Si le capital assuré en vigueur au moment du diagnostic de perte d'autonomie est supérieur à 500 000 \$, le contrat demeurera en vigueur et le capital assuré sera diminué des 500 000 \$ versés en raison de la perte d'autonomie.

Tarification financière

Personne à assurer étant sur le marché du travail	Maximum
Jusqu'à 50 ans	7 fois le revenu gagné*
51 à 60 ans	5 fois le revenu gagné*
61 ans et plus	3 fois le revenu gagné* (facteur diminuant annuellement)
Fermiers	Jusqu'à 10 fois le revenu net

* Le revenu gagné est composé du salaire et de revenus similaires, tels les commissions ou les bonis. Dans le cas d'un propriétaire de petite entreprise, actif dans sa compagnie, les dividendes pris en plus ou en lieu de salaire peuvent être ajoutés pour calculer le revenu gagné véritable.

Personne à assurer n'étant pas sur le marché du travail ou n'ayant pas de revenu	Maximum
Époux/épouse au foyer	50 % du maximum pour l'époux/épouse au travail jusqu'à un maximum de 250 000 \$
Adultes	Jusqu'à 100 000 \$
Enfants	50 % du maximum des parents en autant que tous les enfants soient assurés pour le même montant

8. PRIMES

8.1 Primes par bande

Les primes varient selon le sexe, l'âge et le statut de tabagisme. Les taux préférentiels ne sont pas disponibles pour les produits Transition et Transition Evolution. Les primes sont établies selon les 4 bandes de taux suivantes :

Bande	Volume d'assurance (\$)
1	10 000 \$ à 49 999 \$
2	50 000 \$ à 99 999 \$
3	100 000 \$ à 199 999 \$
4	200 000 \$ à 2 000 000 \$

TRANSITION - T10 (R et T) :

Primes garanties pour la durée du contrat

TRANSITION – T20 (R et T) :

Primes garanties pour la durée du contrat

TRANSITION - T75 et TRANSITION - T100 :

Primes garanties et nivelées pour la durée du contrat

TRANSITION - T100 Option 10 et Option 20

Primes garanties et nivelées pour la durée de paiement des primes

TRANSITION EVOLUTION – T100

Primes révisables à tous les cinq ans à compter du 10^e anniversaire de la protection, et advenant une augmentation, celle-ci ne pourrait être supérieure à 10 % du montant de la prime courante.

8.2 Paiement des primes

Le client a le choix de verser ses primes sur une base annuelle ou sur une base mensuelle par prélèvements préautorisés (PAC). Si les versements s'effectuent sur base mensuelle, la prime correspond à la prime annuelle multipliée par 0,09.

9. VERSEMENT DE LA PRESTATION

La prestation est versée au bénéficiaire désigné si l'assuré survit plus de 30 jours à la suite du diagnostic d'une maladie grave couverte par le contrat.

Pour certaines maladies, le versement de la prestation est sujet à certaines conditions. (Vous référer à la section Limitations et exclusions)

10. AVENANT DE REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

Rappelons que le Remboursement des primes au décès est inclus automatiquement dans la protection **Transition Evolution** de l'assuré.

Pour Transition, l'avenant de remboursement des primes au décès est disponible à l'émission seulement* et est offert sur la plupart des types de protection soit :

TRANSITION - T10 (R et T)

TRANSITION - T75

TRANSITION - T100

TRANSITION - T100 avec Option 10

TRANSITION - T100 avec Option 20

Il y aura remboursement des primes si l'assuré décède pendant la durée de la protection sans qu'aucune prestation Transition ou Transition Evolution n'ait été versée (autre que la prestation Prévention +). Le décès peut être attribuable à l'une des maladies graves couvertes ou à toute autre cause.

La compagnie pourrait rembourser au bénéficiaire désigné la totalité des primes perçues depuis l'émission de la protection.

*Une transformation est également considérée comme une nouvelle émission de contrat.

Tableau A - Transition

Éléments inclus dans le remboursement des primes de Transition	
Inclus	Exclus
<ul style="list-style-type: none">Les primes de la protection de base (y compris celles exonérées lors d'une invalidité)	<ul style="list-style-type: none">Les primes de l'avenant Hospitalisation et de l'avenant Hospitalisation et soins à domicile
<ul style="list-style-type: none">Les frais de police	<ul style="list-style-type: none">Les primes de l'avenant de Prestation majorée
<ul style="list-style-type: none">Les primes de l'avenant <i>Remboursement des primes au décès</i>	<ul style="list-style-type: none">Les primes de TRANSITION Enfant
<ul style="list-style-type: none">Les primes de l'avenant <i>Remboursement flexible des primes</i>	<ul style="list-style-type: none">Les primes de l'EPIC
<ul style="list-style-type: none">Les surprimes	<ul style="list-style-type: none">Les primes du revenu d'appoint (RA)
<ul style="list-style-type: none">Les frais reliés au mode de paiement autre qu'annuel	<ul style="list-style-type: none">Les primes de fracture accidentelle (FA)
	<ul style="list-style-type: none">Les primes de l'avenant Soins paramédicaux en cas d'accident

Tableau B – Transition Evolution

Éléments inclus dans le remboursement des primes de Transition Evolution	
Inclus	Exclus
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les primes de la protection de base (y compris celles exonérées lors d'une invalidité) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les primes de l'avenant de Prestation majorée
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les surprimes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les primes de Maladie grave enfant
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les frais reliés au mode de paiement autre qu'annuel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les primes de l'EPIC
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les primes du revenu d'appoint (RA)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les primes de fracture accidentelle (FA)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les primes de l'avenant Soins paramédicaux en cas d'accident

Le montant de remboursement des primes n'est pas limité au capital assuré. Lors d'une diminution du capital assuré, veuillez vous référer à la section *Modalités administratives* afin de connaître les considérations applicables.

11. AVENANT DE REMBOURSEMENT FLEXIBLE DES PRIMES

Le remboursement flexible des primes se distingue par la grande flexibilité avec laquelle votre client pourra récupérer ses primes. En effet, le client dispose d'un choix quant à l'année à laquelle il pourra exercer son option de remboursement des primes. À noter que l'avenant de Remboursement flexible des primes n'est pas assujéti à la surprime applicable à la protection de base, s'il y a lieu.

Rappelons que le remboursement flexible des primes est inclus d'office pour la protection **Transition Evolution**

11.1 Transition

Le remboursement flexible des primes est offert en avenant, **à l'émission seulement**, sur tous la plupart des types de protections Transition selon les modalités suivantes :

Le remboursement flexible des primes inclut les mêmes éléments que ceux indiqués au tableau A de la section précédente intitulé « Éléments inclus dans le remboursement des primes de Transition ». Lors d'une diminution du capital assuré, veuillez vous référer à la section *Modalités administratives* afin de connaître les considérations applicables.

11.1.1 Remboursement flexible des primes Transition T10 (R&T)

Le contractant peut, sur demande écrite, mettre fin à la protection afin de bénéficier de la prestation de remboursement flexible des primes, pour autant que la prestation de maladie grave n'ait pas été payée en totalité. La somme versée par la Compagnie au contractant ou au bénéficiaire désigné équivaut à un pourcentage du total des primes admissibles tel que décrit

dans le tableau ci-dessous. Une description des primes admissibles se retrouve à la section 10 du présent guide.

TRANSITION T10	
Âge à l'émission	Taux de remboursement
0-49 ans	100 % à 65 ans et par la suite
50-65 ans	100 % au premier des événements suivants : - 15 ^e anniversaire de contrat et par la suite - âge de 75 ans de l'assuré

11.1.2 Remboursement flexible des primes Transition T75

Le T75 offre le choix entre 2 programmes de remboursement soit, l'option 1 ou l'option 2.

Le contractant peut, sur demande écrite, mettre fin à la protection afin de bénéficier de la prestation de remboursement flexible des primes, pour autant que la prestation de maladie grave n'ait pas été payée en totalité. Selon le programme de remboursement choisi, la somme versée par la Compagnie au contractant ou au bénéficiaire désigné équivaut à un pourcentage du total des primes admissibles tel que décrit dans les tableaux ci-dessous. Une description des primes admissibles se retrouve à la section 10 du présent guide. À noter que l'option 2 est disponible uniquement aux assurés âgés de 60 ans et moins.

TRANSITION T75 – Option 1	
Âge à l'émission	Taux de remboursement
0-49 ans	100 % à 65 ans et par la suite
50-65 ans	100 % au premier des événements suivants : - 15 ^e anniversaire de contrat et par la suite - âge de 75 ans de l'assuré

TRANSITION T75 – Option 2*		
Âge à l'émission	Anniversaire de la protection	Taux de remboursement
0-60 ans	10 ans	50%
	11 ans	60 %
	12 ans	70 %
	13 ans	80 %
	14 ans	90 %
	15 ans	100 %

*L'option 2 est disponible uniquement aux assurés âgés de 60 ans et moins.

11.1.3 Remboursement flexible des primes Transition T100, T100 Option 10 et T100 Option 20

Dans le cas des protections T100, T100 Option 10 et T100 Option 20, le pourcentage de remboursement est progressif selon le temps écoulé depuis l'émission de la protection.

Dans le tableau à la page suivante, vous remarquerez que :

- le T100 offre le choix entre les 3 programmes de remboursement soit A, B ou C;
- le T100 Option 10 offre le A seulement;
- le T100 Option 20 offre le B seulement.

Transition T100, T100 Option 10, T100 Option 20			
	Type de protection Transition	Année du remboursement	Taux de remboursement
A	Offert sur T100 et T100 Option 10	Après 10 ans	75%
		" 11 ans	80%
		" 12 ans	85%
		" 13 ans	90%
		" 14 ans	95%
		" 15 ans	100%
B	Offert sur T100 et T100 Option 20	Après 10 ans	50%
		" 11 ans	55%
		" 12 ans	60%
		" 13 ans	65%
		" 14 ans	70%
		" 15 ans	75%
		" 16 ans	80%
		" 17 ans	85%
		" 18 ans	90%
		" 19 ans	95%
" 20 ans	100%		
C	Offert sur T100 seulement	Après 15 ans	50%
		" 16 ans	55%
		" 17 ans	60%
		" 18 ans	65%
		" 19 ans	70%
		" 20 ans	75%
		" 21 ans	80%
		" 22 ans	85%
		" 23 ans	90%
		" 24 ans	95%
" 25 ans	100%		

Rappelons enfin que dès que le droit de remboursement flexible des primes est entièrement exercé, la protection se termine.

Exemple

Transition T100 avec avenant de Remboursement flexible des primes selon l'option 100 % après 25 ans (C). Après 15 ans, le client désire exercer son option de remboursement flexible des primes.

Capital assuré : 100 000 \$

Prime mensuelle : 100 \$

Primes totales payées : $(12 \times 100 \$) \times 15 \text{ ans} = 18\,000 \$$

Taux de remboursement après 15 ans : 50 % → $18\,000 \$ \times 50 \% = 9\,000 \$$

Si le client demande le remboursement maximum auquel il a droit, soit 9 000 \$, sa couverture se termine. Par contre, s'il demande, par exemple, le remboursement de 3 800 \$, la protection se poursuivra et le capital assuré diminuera comme suit :

$(3\,800 \$ \div 9\,000 \$) = 42,22 \%$

$100\,000 \$ - (100\,000 \$ \times 42,22 \%) = 57\,780 \$$

Précisons que dans le cas d'un remboursement partiel comme ci-dessus, la prime sera recalculée en fonction du nouveau capital assuré.

11.2 Transition Evolution

Dès le dixième anniversaire du contrat, le client peut se prévaloir de sa garantie et obtenir le remboursement de 20 % de ses primes. Le remboursement augmente de 20 % aux 5 ans pour atteindre 100 % au trentième anniversaire et ce, sans égard à son âge et demeure toujours disponible par la suite.

Pourcentage du RP	Anniversaire de protection*
20 %	Entre 10 et 14 ans
40 %	Entre 15 et 19 ans
60 %	Entre 20 et 24 ans
80 %	Entre 25 et 29 ans
100 %	À 30 ans

* Lorsque la prestation de remboursement flexible des primes est versée entre deux anniversaires de protection, le pourcentage applicable au dernier anniversaire de la protection est utilisé dans le calcul de la somme à verser.

11.3 Remboursement flexible des primes Transition et Transition Evolution

Le remboursement flexible des primes peut être exercé seulement si aucune prestation n'a été versée en vertu de l'assurance maladie grave Transition ou Transition Evolution (à l'exception de la prestation Prévention +).

Dès que le droit de remboursement flexible des primes est entièrement exercé, la protection Transition ou Transition Evolution se termine.

Si l'assuré atteint l'âge de 75 ans ou de 100 ans (selon qu'il est assuré en vertu d'un T75 ou d'un T100) sans avoir soumis de réclamation pour maladie grave, le remboursement des primes est automatiquement effectué.

Lorsque le montant du remboursement flexible des primes est supérieur au montant du capital assuré et que l'assuré est atteint d'une maladie grave, c'est la prestation de remboursement flexible des primes qui est versée.

Bénéficiaire subrogé

Lorsque le bénéficiaire désigné est le contractant, il est important de nommer un bénéficiaire subrogé au cas où le contractant serait décédé au moment où le remboursement des primes est payable.

12. AVENANT DE PRESTATION MAJORÉE

En vertu de cet avenant, le capital assuré sera augmenté automatiquement, au début de la 6^e et de la 11^e année du contrat, et ce sans preuve d'assurabilité. Selon le choix du client, l'augmentation peut aller jusqu'à 50 % du capital assuré de base. Le contractant a donc la possibilité de se prévaloir à deux reprises de cette augmentation du capital assuré.

Un avis d'augmentation écrit est envoyé au contractant 60 jours avant chacun des deux anniversaires de contrat. Si le contractant ne désire pas l'augmentation du capital, son avis signé doit être retourné et reçu au siège social au moins 15 jours avant l'anniversaire de la police.

Dans l'éventualité où le contractant refuse partiellement ou en totalité l'augmentation du capital assuré au 5^e anniversaire de contrat, le montant non utilisé n'est pas reporté à la prochaine augmentation prévue au 10^e anniversaire de contrat.

La prime de l'avenant est garantie et payable pendant 10 ans. L'augmentation du capital est effectuée par l'ajout d'une protection Transition ou Transition Evolution de même génération.

Les primes de la nouvelle protection ne sont pas garanties à l'émission. Elles sont déterminées au taux en vigueur au moment de l'augmentation, en fonction de l'âge atteint, du sexe et du statut de tabagisme du contrat de base.

Si la protection de base comporte une exclusion, celle-ci s'appliquera également au montant de couverture additionnel résultant de la majoration.

La protection ajoutée lors de l'augmentation est du même type que la protection de base à laquelle l'avenant de prestation majorée est greffé, incluant les avenants de remboursement des primes (au décès et flexible) si ceux-ci sont greffés à la protection de base. **Cependant, les protections T10 et T20 font exception puisqu'un ajout de protection sur Transition T10 ou T20 sera toujours une protection T75** (s'il y a lieu, l'avenant de remboursement flexible des primes ajouté sera l'option 1).

L'augmentation de protection de l'avenant de prestation majorée ne sera pas effectuée lorsqu'un diagnostic de maladie grave est posé ou a été posé. Ainsi, si la date du diagnostic correspond à une date précédant la date de l'augmentation de protection :

- la majoration de 50% du capital assuré ne sera pas versée au moment de la réclamation;
- les primes suivantes, versées par le client, lui seront retournées :
 - portion des primes liée à l'avenant de prestation majorée payées après le diagnostic
 - primes liées à la protection supplémentaire suite à la majoration du capital assuré, versées après le diagnostic

Pour connaître les limitations et les exclusions, veuillez vous référer au contrat.

L'assuré peut mettre fin à cette protection en tout temps.

Caractéristiques

- Disponible à l'émission seulement
- Offert sur tous les types de protection Transition soit T10, T75, T100, T100 Option 10 et T100 Option 20 ainsi que sur Transition Evolution T100.
- Capital assuré admissible : 20 000 \$ à 1 500 000 \$
- Augmentation minimum : 10 000 \$
- Augmentation maximum : le moindre de
 - 50 % du capital assuré
 - 250 000 \$
- Âge de l'assuré à l'émission :
 - Transition
 - T10, T75, T100, T100 Option 10 : 0 à 45 ans
 - T100 Option 20 : 0 à 40 ans
 - Transition Evolution : 0 à 45 ans
- Un seul avenant souscrit par assuré, auprès de IA
- Non disponible en cas de surprime

13. TRANSITION - TRANSFORMATION DU T10 (R & T) ET DU T20 (R&T) – INCIDENCES SUR LA VALEUR DES REMBOURSEMENTS DE PRIMES

Les émissions T10 (R et T) et T20 (R&T) sont transformables en :

- T75 jusqu'à l'âge de 65 ans de l'assuré
- T100 jusqu'à l'âge de 65 ans de l'assuré
- T100 Option 10 jusqu'à l'âge de 60 ans de l'assuré
- T100 Option 20 jusqu'à l'âge de 50 ans de l'assuré
- Le T10 à Émission simplifiée est transformable en T75 à Émission simplifiée jusqu'à l'âge de 60 ans de l'assuré

La transformation est permise à l'intérieur d'une même génération de produit uniquement. Par exemple, une assurance maladie grave T10 (R et T) Transition 3 ne peut être transformée qu'en T75 ou qu'en T100 Transition 3.

Suite à la transformation, c'est l'âge atteint au moment de la transformation qui est utilisé pour déterminer le moment où le remboursement des primes sera disponible.

Au moment de la transformation, l'ajout des avenants Remboursement des primes au décès et Remboursement flexible des primes est permis sans examens médicaux. Bien que ces avenants soient offerts uniquement à l'émission d'un contrat, cet ajout est possible puisqu'une transformation est considérée comme une nouvelle émission de contrat.

13.1 Remboursement des primes T10 (R&T)

Remboursement des primes au décès (RPD) :

Les primes versées avant la transformation seront incluses au remboursement de primes pour autant que l'avenant RPD soit présent sur le produit avant et après la transformation.

Remboursement flexible des primes (RFP) :

Pour la transformation d'un T10 en T75 avec l'avenant de remboursement flexible des primes Option 1

Les primes versées avant la transformation seront incluses au remboursement de primes pour autant que l'avenant RFP soit présent sur le T10 avant la transformation et que l'avenant RFP Option 1 soit présent sur le T75 après la transformation.

Pour la transformation d'un T10 en T75 avec l'avenant de remboursement flexible des primes Option 2

Les primes versées avant la transformation ne seront pas incluses au remboursement de primes dû aux caractéristiques particulières de l'avenant RFP Option 2.

Pour la transformation d'un T10 en T100

Les primes versées avant la transformation ne seront pas incluses au remboursement de primes dû aux différentes options de remboursements possibles pour le T100.

Afin de connaître les éléments qui sont inclus dans le remboursement de primes, veuillez vous référer aux sections 10 et 11.

Exemple

À 55 ans, Paul achète un Transition T10 avec avenant de remboursement flexible des primes. En vertu de cette protection, il pourra recevoir le remboursement de 100 % des primes payées, à l'âge de 70 ans (voir section 13.1.1).

Si à 60 ans, Paul demande la transformation de son T10 en T75 avec le RFP Option 1, suite à cette transformation, l'option de remboursement flexible des primes ne sera plus disponible à 70 ans mais à 75 ans.

Si à 60 ans, Paul demande la transformation de son T10 en T100 selon l'option 100 % après 20 ans, suite à cette transformation il aura droit à un remboursement de 100 % des primes du T100 à l'âge de 80 ans (âge atteint au moment de la transformation + 20 ans).

13.2 Remboursement des primes T20 (R&T)

Remboursement des primes au décès (RPD) et remboursement flexible des primes (RFP) :

Les primes versées avant la transformation ne seront pas incluses au remboursement de primes.

Afin de connaître les éléments qui sont inclus dans le remboursement de primes, veuillez vous référer aux sections 10 et 11.

14. PROTECTIONS COMPLÉMENTAIRES

Une couverture d'assurance complète et adaptée aux besoins particuliers de chacun est la pierre angulaire d'un bon programme de sécurité financière. C'est pourquoi nous vous invitons à offrir les garanties complémentaires suivantes à vos clients en fonction de leurs besoins afin qu'ils soient bien protégés lorsque certaines situations difficiles surviendront.

- ✓ Revenu d'appoint (RA)
- ✓ Fracture accidentelle (FA)
- ✓ Hospitalisation
- ✓ Hospitalisation et Soins à domicile
- ✓ Soins paramédicaux en cas d'accident
- ✓ Exonération de primes en cas d'invalidité du contractant (EPIC)
- ✓ Exonération de primes en cas d'invalidité de l'assuré (EPIA)
- ✓ Maladie grave enfant (Transition / Transition Evolution Enfant)

Voyez tous les détails de ces protections complémentaires dans le **GUIDE DES AVENANTS ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES** que vous trouverez dans le centre de documentation de l'extranet.

Le tableau suivant résume l'offre de protections complémentaires pour les produits Transition et Transition Évolution. Rappelons qu'aucune protection complémentaire n'est disponible sur Transition à Émission simplifiée.

Protections complémentaires	Transition	Transition Émission simplifiée (T10 /T75)	Transition Évolution
Module Enfant			
Module Enfant Plus			
Avenant Maladie grave			
Maladie grave Enfant	✓		✓
Revenu d'appoint (RA)	✓		✓
Fracture accidentelle (FA)	✓		✓
Garantie d'assurabilité (GA)			
Hospitalisation	✓		
Hospitalisation & Soins à domicile	✓		
Soins paramédicaux en cas d'accident	✓		✓
EPIC	✓		✓
EPIA	✓		✓
CIC/CIA/CDC			
Décès accidentel (DA)			
Décès et mutilation accidentels (DMA)			
Avenant Prestation majorée	✓ (sauf T20)		✓

15. MODALITÉS ADMINISTRATIVES

15.1 Diminution de la protection maladie grave

Lorsque le client demande par écrit à la Compagnie de diminuer la protection maladie grave pour un assuré, ou lors du versement de la prestation d'assurance maladie grave à la suite d'un diagnostic de perte d'autonomie alors que le capital assuré est supérieur à 500 000 \$, si applicable, les primes payées servant à calculer la PRESTATION DE REMBOURSEMENT DES PRIMES (RP) AU DÉCÈS et, la PRESTATION DE RP FLEXIBLE sont ajustées selon la proportion de la diminution de la prime comme il est décrit ci-dessous :

Proportion = $\frac{\text{prime avant la diminution de la protection} - \text{prime après la diminution de la protection}}{\text{Prime avant la diminution de la protection}}$

Le montant de la prime inclut la prime de la protection Transition de base et des avenants de remboursement des primes au décès et de remboursement flexible des primes.

La proportion établie ne peut être inférieure à zéro. Voir les exemples plus loin

Primes payées ajustées après la diminution de la protection = Primes payées avant la diminution de la protection X (1- Proportion)

De plus, si une valeur de PRESTATION DE RP FLEXIBLE est disponible au moment de la diminution de la protection, excluant la diminution due au versement de la prestation maladie grave suite au diagnostic de la condition Perte d'autonomie alors que le capital assuré est supérieur à 500 000 \$, la Compagnie versera alors au contractant la somme suivante :

Somme versée = Valeur de la prestation de RP flexible X Proportion

Il faut noter qu'une demande de RP partiel entraîne les mêmes conséquences qu'une diminution de la protection décrite ci-haut.

Exemple 1 :

TRANSITION T100 avec l'avenant de Remboursement flexible des primes après 15 ans

- homme, 40 ans, non-fumeur
- capital assuré initial : 100 000 \$
- prime annuelle : 1 734 \$ (incluant l'avenant de RFP et les frais de police)
- diminution du capital assuré à la 15^e année : à 50 000 \$
- prime annuelle après diminution : 1 017 \$ (incluant les frais de police)

Lors de la diminution du capital assuré, étant donné que le RP est disponible, nous verserons au contractant :

$1\,734 \$ \times 15 \text{ ans} \times \text{proportion} = 10\,755 \$$
où la proportion = 41,35 % ou $(1\,734 \$ - 1\,017 \$) / 1\,734 \$$

Si le contractant désire ensuite bénéficier de son RP après 25 ans, par exemple, la Compagnie lui versera :

$1\,734 \$ \times 25 \text{ ans} \times (1 - \text{proportion}) = 25\,425 \$$
où la proportion = 41,35 %

Exemple 2 :

Même que l'exemple 1 à l'exception que le contractant effectue une diminution du capital assuré initial alors que le RP n'est pas disponible (avant la 10^e année du contrat ou avant 65 ans de l'âge de l'assuré, selon qu'il s'agit de TRANSITION – T10 (R et T), T75 ou T100).

À la 7^e année, le contractant effectue une diminution du capital assuré à 50 000 \$ (selon les mêmes montants que l'exemple 1). Aucun versement au contractant puisque aucune valeur de RP n'est disponible au moment de la diminution.

Si le contractant désire ensuite bénéficier de son RP après 25 ans, par exemple, la compagnie lui versera :

1 734 \$ x 25 ans X (1-proportion) : **25 425 \$**

où la proportion = 41,35 %

Dans cet exemple, étant donné que la diminution du capital assuré est effectuée avant que le RP ne soit disponible, le contractant perd la partie du RP correspondant à la diminution du capital assuré.

15.2 Avance sur primes

Toute prime impayée à la fin du délai de paiement de la prime est acquittée automatiquement au moyen d'une avance sur contrat lorsque la prestation de l'avenant de Remboursement flexible des primes est disponible. Si la valeur de la prestation est insuffisante pour acquitter entièrement la prime, la protection demeure en vigueur pour une période proportionnelle à la partie de prime acquittée.

La valeur de l'avance des primes ne peut excéder le montant total du capital assuré des protections pour lesquelles l'avenant de Remboursement flexible des primes est disponible.

Lorsque la somme due à la Compagnie, incluant les intérêts égale, ou excède la valeur de la prestation de l'avenant de Remboursement flexible des primes, le contrat est résilié sans préavis.

La valeur de l'avance sur primes est automatiquement déduite de toute prestation payable en vertu du contrat.

15.3 Avance sur contrat

Sur demande écrite du contractant, si une valeur de la prestation de l'avenant de Remboursement flexible des primes est disponible, la Compagnie prête une somme qui, ajoutée à toute somme due et toute prime échue et impayée plus les intérêts, ne peut dépasser 95 % de la valeur de la prestation de l'avenant de Remboursement flexible des primes disponible.

La valeur de l'avance sur contrat ne peut excéder le montant du capital assuré des protections pour lesquelles l'avenant de Remboursement flexible des primes est disponible.

L'intérêt est payable à la date d'anniversaire du contrat. À défaut du paiement, il s'ajoute à la somme due et porte intérêt.

Lorsque la somme due à la Compagnie, incluant les intérêts, égale ou excède la valeur de la prestation de l'avenant de Remboursement flexible des primes, le contrat est résilié sans préavis.

La valeur de l'avance sur contrat est automatiquement déduite de toute prestation payable en vertu du contrat.

16. TARIFICATION

Les exigences médicales et les exigences financières pour Transition ou Transition Evolution sont les mêmes que pour les produits d'assurance vie.

Formulaires à remplir :

- Proposition d'assurance sur la vie (F1, F1G);
- Questionnaire supplémentaire pour les maladies graves (Q4);
- Examens médicaux requis (Voir « Tableau des exigences médicales habituelles ».).

17. IMPOSITION

La prestation pour maladie grave Transition ou Transition Evolution ainsi que le remboursement des primes ne sont pas imposables.

Si le bénéficiaire de la prestation est un employé, les primes versées par la Compagnie peuvent être déductibles d'impôt. Par ailleurs, la prestation et le remboursement des primes payés à une entreprise ne feront pas partie du compte de dividende en capital.

Le tableau suivant résume les incidences fiscales, selon les différents scénarios possibles.

SOMMAIRE DES INCIDENCES FISCALES DE L'ASSURANCE MALADIE GRAVE				
	Individuelle	Entreprise		
Contractant	individu	entreprise	entreprise	entreprise
Bénéficiaire de la prestation	individu	individu (en qualité d'actionnaire)	individu (en qualité d'employé)	entreprise
Primes	non déductibles	non déductibles	déductibles	non déductibles
Prestation	non imposable	non imposable	Non imposable	non imposable
Remboursement des primes :				
À l'échéance (versé au contractant)	non imposable	non imposable non imposable	pourrait être imposable	non imposable
Au décès (versé au bénéficiaire)	non imposable		non imposable	non imposable
Autres incidences fiscales	---	avantage imposable pour l'actionnaire égal aux primes	avantage imposable pour l'employé égal aux primes	ne fait pas partie du compte de dividende en capital

18. TRANSITION À ÉMISSION SIMPLIFIÉE

Vous pouvez maintenant faciliter l'admissibilité de vos clients à la protection maladie grave grâce à notre nouvelle formule à Émission simplifiée. En effet, si votre client répond «NON» aux 9 questions apparaissant sur le formulaire d'adhésion F32 (disponible en format papier seulement) et que le contractant a payé la prime, il est automatiquement admissible à une protection Transition T10 (R et T) et Transition T75.

Offerte en protection individuelle seulement, Transition à Émission simplifiée permet de protéger 2 assurés sur un même contrat.

De plus, Transition à émission simplifiée peut être utilisée avec la stratégie financière destinée aux entreprises : **Transition en propriété partagée.**

La protection Transition à Émission simplifiée couvre les 4 maladies suivantes :

- Cancer
- Accident vasculaire cérébral
- Crise cardiaque
- Chirurgie coronarienne (excluant l'angioplastie)

À noter que la prestation Prévention + n'est pas disponible avec Transition à Émission simplifiée.

Âge à l'émission : 18 à 60 ans

Capital assuré minimum : 10 000 \$

Capital assuré maximum (une seule bande de taux s'applique)

18 à 50 ans : 100 000 \$

51 à 60 ans: 75 000 \$

Les avenants de Remboursement des primes au décès et de Remboursement flexible des primes sont disponibles selon les mêmes modalités que le T10 et le T75 à émission régulière.

Primes

Les primes sont garanties pour la durée du contrat, jusqu'à l'âge de 75 ans, incluant les primes de renouvellement de la protection temporaire 10 ans renouvelable et transformable.

Si le paiement des primes est effectué sur une base mensuelle, la prime correspond à la prime annuelle multipliée par 0,09.

ANNEXE I - DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES ET DES AFFECTIONS

Vous trouverez ci-joint une définition pour chacune des 25 maladies graves et affections couvertes par le contrat.

Accident vasculaire cérébral *est défini comme :*

« un 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 trente (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 affection 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. »

Anémie aplasique *est définie comme :*

« un 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 des éléments suivants :

- a) stimulation de la moelle osseuse;
- b) immunosuppresseurs;
- c) greffe de la moelle osseuse.

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

Brûlures sévères *sont définies comme :*

« le diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévères doit être fait par un spécialiste. »

Cancer (avec risque de décès) est défini comme :

« un 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 d'assurance maladie grave ne sera payable pour tout diagnostic de cancer posé pendant la période moratoire décrite ci-dessous ou par la suite, si :

Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée:

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

la Vie Assurée :

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

Vous devez rapporter l'information concernant les signes, symptômes, investigations ou tout diagnostic de cancer à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement. »

Cécité est définie comme :

« un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux mise en évidence par :

- a) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les 2 yeux, ou
- b) un champ visuel moins de 20 degrés dans les 2 yeux.

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste. »

Chirurgie coronarienne est définie comme :

« 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. »

Chirurgie de l'aorte est définie comme :

« 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. »

Coma est défini comme :

« 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 affection 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. »

Crise cardiaque (Infarctus du myocarde) est définie comme :

« 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 :

- a) des symptômes de crise cardiaque,
- b) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde, ou
- c) 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 affection 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. »

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation est définie comme :

« 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 l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident;
- b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 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 affection 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). »

Insuffisance rénale est définie comme :

« un diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux 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. »

Maladie d'Alzheimer est définie comme :

« 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 heures au minimum. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.

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

Maladie de Parkinson est définie comme :

« un diagnostic définitif de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement 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 affection pour tout autre type de parkinsonisme. »

Maladie du neurone moteur est définie comme :

« un diagnostic définitif d'une 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. »

Méningite bactérienne est définie comme :

« 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 affection dans le cas d'une méningite virale. »

Paralysie est définie comme :

« le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux 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. »

Perte d'autonomie est définie comme :

« un diagnostic définitif de :

- a) l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins 2 des 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.

La **déficience cognitive** est définie comme « 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 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.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique. »

Perte de la parole *est définie comme :*

« 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.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection pour toute cause psychiatrique. »

Perte de membres *est définie comme :*

« le diagnostic définitif 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. »

Remplacement des valves du cœur *est défini comme :*

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

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

Sclérose en plaques *est définie comme :*

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

- a) au moins 2 épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
- b) des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
- c) 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 mois.

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

Surdité *est définie comme :*

« le diagnostic définitif 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. »

Transplantation d'un organe vital est définie comme :

« le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux 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. »

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente est définie comme :

« le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux 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. »

Tumeur cérébrale bénigne est définie comme :

« 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 affection dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation d'assurance maladie grave ne sera payable pour tout diagnostic de tumeur cérébrale bénigne posé pendant la période moratoire décrite ci-dessous ou par la suite, si:

Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée:

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

la Vie Assurée :

- a présenté des signes, symptômes ou a subi des investigations menant à un 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 l'information concernant les signes, symptômes, investigations ou tout diagnostic de tumeur cérébrale bénigne à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la compagnie a 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 son traitement. »

ANNEXE II - DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES JUVÉNILES

Vous trouverez ci-joint une définition pour chacune des 5 maladies graves juvéniles couvertes par le contrat.

Diabète sucré de type 1 est défini comme :

« 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 pédiatre qualifié ou un endocrinologue licencié pratiquant au Canada ou aux États-Unis. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de trois mois. »

Dystrophie musculaire est définie comme :

« un diagnostic définitif de dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire. »

Fibrose kystique est définie comme :

« un diagnostic définitif de fibrose kystique, mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. »

Maladies congénitales du cœur est définie comme :

« le diagnostic d'une des affections du cœur suivantes :

i) Les affections suivantes sont couvertes après une période de survie de 30 jours suivant le diagnostic ou la naissance (le plus tard entre les deux). Le diagnostic doit être posé par un cardiologue pédiatrique qualifié et corroboré par l'imagerie cardiaque appropriée.

Retour veineux anormal
Transposition des gros vaisseaux
Atrésie d'une valve cardiaque
Coarctation de l'aorte
Ventricule unique
Hypoplasie cœur gauche
Ventricule gauche à double issue

Tronc artériel commun
Tétralogie de Fallot
Syndrome d'Eisenmenger
Ventricule à double voie d'entrée
Hypoplasie ventricule droit
Maladie d'Ebstein

ii) Les affections suivantes sont couvertes uniquement si une chirurgie à cœur ouvert est effectuée pour corriger l'affection et après une période de 30 jours de survie suivant le diagnostic ou la naissance (le plus tard entre les deux). Le diagnostic doit être posé par un cardiologue pédiatrique qualifié et corroboré par l'imagerie cardiaque appropriée.

La chirurgie doit être recommandée par un cardiologue pédiatrique qualifié et effectuée par un chirurgien cardiologue au Canada ou aux États-Unis.

Sténose pulmonaire
Sténose aortique
Sténose subvalvulaire aortique légère
Communication interventriculaire
Communication interauriculaire

Exclusions :

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

Toutes les autres affections cardiaques congénitales sont exclues. »

Paralysie cérébrale est définie comme :

« un diagnostic définitif de paralysie cérébrale, révélé par des troubles neurologiques non évolutifs caractérisés par des spasmes et une incoordination des mouvements. »

Prévention +

La protection Maladie grave prévoit également une prestation Prévention + qui couvre 4 affections ne mettant pas la vie du patient en danger :

L'Angioplastie coronarienne est définie comme :

« 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. »

Cancers détectés précocement :

- Cancer de la peau (mélanome malin logé dans la partie peu profonde du derme, soit à 1,0 mm ou moins)
- Cancer du sein (carcinome in situ du sein)
- Cancer de la prostate (stade A)

ANNEXE III - GLOSSAIRE DES TERMES MÉDICAUX

Anémie à hématies falciformes

Maladie du sang, héréditaire, qui modifie la forme des globules rouges et affecte leur rôle de transport de l'oxygène. Il existe une forme sévère, grave, avec survie limitée, ainsi qu'une forme bénigne, la plus fréquente, qui donne une anémie légère.

Angine

Douleur violente de serrement dans la région du cœur, irradiant généralement dans le bras gauche. Cette douleur est causée par un apport sanguin insuffisant au cœur.

Angioplastie à ballonnet

Procédé pour traiter la maladie cardiaque en dilatant une artère rétrécie du cœur. Les dépôts graisseux (la plaque) dans les artères sont aplatis contre les parois de l'artère. Une sonde, munie d'un ballonnet à son extrémité, est introduite dans l'artère jusqu'au niveau du rétrécissement. Le ballonnet est ensuite gonflé et dégonflé à plusieurs reprises afin d'aplatir la plaque et rétablir le débit sanguin dans l'artère.

Anomalies cardiaques congénitales

Atrésies du cœur

Malformations des orifices ou des conduits du cœur qui sont partiellement ou complètement fermés.

Transposition des gros vaisseaux

Anomalie de l'aorte et de l'artère pulmonaire caractérisée par une implantation inversée de ces vaisseaux.

Truncus arteriosus

Anomalie des gros vaisseaux de la base du cœur caractérisée par l'existence d'un tronc artériel unique.

Drainage anormal complet des veines pulmonaires

Anomalie des veines pulmonaires qui sont reliées à d'autres vaisseaux plutôt qu'à leur terminaison normale, soit l'oreillette gauche.

Tétralogie de Fallot

Anomalie du cœur comportant 4 malformations touchant les ventricules, l'artère pulmonaire et l'aorte.

Bénin

Terme utilisé pour décrire une tumeur dont la progression est limitée. Habituellement, elle n'envahit pas les tissus avoisinants et ne se propage pas à un autre tissu ou un autre organe du corps.

Cancer de la peau

Cancer de la surface du corps qui se manifeste par une tache ou un grain de beauté qui change de dimension ou de couleur ou par une petite ulcération. Dans la grande majorité des cas, ce cancer n'envahit pas les tissus en profondeur mais se limite à la peau.

Cancer de la prostate stade A :

Premier stade du cancer de la prostate, sans symptômes, découvert à l'occasion d'un test sanguin (PSA) élevé et confirmé par une biopsie. Il présente un bon pronostic de guérison.

Cancer in situ

Amas de cellules cancéreuses qui ne sont pas constituées en tumeur. Elles sont habituellement bien localisées et n'ont pas envahi les tissus environnants. Le diagnostic est confirmé le plus souvent par une biopsie. C'est ce type de lésion qui affecte fréquemment le col de l'utérus.

Chorée de Huntington

Maladie héréditaire du système nerveux central qui se manifeste habituellement entre 30 et 50 ans. Elle conduit progressivement à la démence. Il n'y a pas de traitement connu pour cette maladie.

Décibel

Unité de mesure de l'intensité du son.

Déficits ou anomalies neurologiques

Symptômes et signes physiques associés à une atteinte du système nerveux central : faiblesse, paralysie, tremblements, etc.

Dialyse

Procédé qui consiste à filtrer le sang au moyen d'une machine ou en utilisant le péritoine de l'abdomen comme membrane de filtration, pour éliminer des substances toxiques qui y sont accumulées. Ce traitement est utilisé chez les patients dont les reins ne sont plus fonctionnels.

Électrocardiogramme (ECG)

Enregistrement sur un graphique de l'activité électrique du cœur qui engendre les battements.

Emphysème

Maladie chronique caractérisée par la dilatation excessive et la destruction des alvéoles pulmonaires. Les poumons perdent leur élasticité et deviennent rigides. Ce qui entraîne une diminution de la fonction respiratoire.

Enzyme cardiaque

Composantes chimiques des cellules cardiaques qui sont libérées dans le sang à la suite d'une crise cardiaque (infarctus).

Fibrose pulmonaire

Affection caractérisée par la formation de tissu fibreux dans les poumons. Souvent, elle est localisée et causée par la bronchite, la pneumonie, la tuberculose. Elle peut être généralisée et provoquer une diminution importante de la fonction respiratoire.

Glandes

Glande exocrine

Glande qui déverse ses produits de sécrétion à la surface de la peau (glande sébacée, glande sudoripare) ou dans une cavité naturelle (glande salivaire).

Glande endocrine

Glande qui déverse son produit de sécrétion (hormone) directement dans le sang (hypophyse, thyroïde, pancréas).

Ischémie cérébrale transitoire (ICT)

Diminution de l'apport sanguin dans une zone du cerveau. Les symptômes et les signes neurologiques comme des engourdissements, des faiblesses, des problèmes de vision, de la confusion, etc. sont transitoires (passagers). Une crise peut durer de quelques secondes à plusieurs heures, mais elle disparaît finalement sans laisser d'anomalies neurologiques permanentes. Ce n'est pas un accident vasculaire cérébral (thrombose).

Laser

Technique permettant entre autre de brûler un caillot de sang d'une artère.

Lupus érythémateux disséminé

C'est une maladie inflammatoire grave, habituellement chronique et lentement progressive. Elle s'attaque à la peau, aux muscles, aux articulations, puis aux reins et au système nerveux

Maladie polykystique des reins

Maladie héréditaire caractérisée par des kystes multiples dans les 2 reins. Ces kystes grossissent graduellement et causent l'insuffisance rénale.

Malin

Terme utilisé pour décrire une tumeur, laquelle a comme caractéristiques de grossir, d'envahir les tissus normaux voisins et de se propager à tout autre tissu ou organe du corps (métastases).

Mélanome malin

Cancer qui apparaît généralement sous la forme d'une tache de couleur plus foncée de la peau. Le pronostic de ce cancer dépend de la profondeur de son invasion. L'exposition excessive au soleil, sans protection, peut conduire à ce type de cancer.

Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gherig)

Sclérose latérale primitive

Myopathie primitive

Paralysie bulbaire progressive

Paralysie pseudobulbaire

Maladies qui affectent une partie de la moelle épinière où cheminent les nerfs qui contrôlent les mouvements des muscles. Ceux-ci faiblissent et s'atrophient.

