

Guide du produit destiné aux conseillers



Régime d'assurance maladies graves  
Chèque-vie<sup>MD</sup> de base

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

# Le produit en bref

Nul n'aime songer qu'il pourrait un jour recevoir un diagnostic de maladie grave. Sachez qu'il existe une protection simple et abordable que vous pouvez proposer à vos clients : l'assurance maladies graves Chèque-vie<sup>MD</sup> de base. Dès qu'ils auront complété le processus de souscription fort simple, ils auront l'esprit tranquille, sachant qu'au besoin, ils pourront se concentrer sur leur rétablissement au lieu de se soucier de leur situation financière.

Le présent guide a pour but d'aider les conseillers, comme vous, à se familiariser avec Chèque-vie de base pour qu'ils puissent ensuite en expliquer les avantages aux clients.

## Admissibilité

- Être un résident du Canada
- De 18 à 65 ans
- Âge et couverture :

Âge	Montants de couverture
De 18 à 55 ans	25 000 \$, 50 000 \$, 75 000 \$
De 56 à 60 ans	25 000 \$, 50 000 \$
De 61 à 65 ans	25 000 \$

## Points saillants du produit

- Garanties : versement du capital assuré au premier diagnostic d'un cancer, d'une crise cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral, d'un pontage coronarien ou d'une chirurgie de l'aorte.
- Processus d'approbation, fondé sur une simple déclaration de bonne santé dûment signée.
- Exclusion sur les affections préexistantes : aucune prestation n'est versée si l'assuré a reçu, au cours de la période de 24 mois précédant la date d'effet du contrat, le diagnostic d'une affection préexistante.
- Chacune des affections comporte des exclusions et des exigences supplémentaires qui sont précisées dans sa définition propre.

## Option Remboursement des primes

- Âge à la souscription : de 18 à 55 ans.
- Âge à l'expiration : 75 ans.
- Remboursement de la totalité des primes versées à l'expiration du contrat, jusqu'à concurrence du montant d'assurance choisi, si l'assuré n'a présenté aucune demande de règlement.
- Garantie pouvant être souscrite à la date d'établissement du contrat seulement.

## Primes

- On tient compte de l'âge au dernier anniversaire de naissance.
- Les primes mensuelles sont fondées sur l'âge de l'assuré, son sexe et son usage des produits du tabac.
- Les primes sont uniformes et basées sur des taux renouvelables. Il est garanti qu'elles ne changeront pas pendant les cinq premières années. Une fois le taux de renouvellement pour chaque période de cinq ans subséquente fixé, il est garanti qu'il ne change pas pendant cinq ans.
- Les primes sont payables jusqu'à l'anniversaire contractuel suivant le 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré, après quoi le contrat prend fin.

## Tarification

- L'approbation de la couverture 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 Manuvie.
- Aucun questionnaire médical à remplir ni antécédents familiaux à fournir.

## Facteurs de périodicité et frais de contrat

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

## Options de paiement

Les primes peuvent être payées chaque mois par prélèvements autorisés sur le compte (PAC) ou par carte de crédit (MasterCard, American Express et Visa) ou 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 coronarien. Une garantie de satisfaction de 30 jours est incluse. 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 sans aucune demande de règlement jusqu'à la date d'expiration, soit la date d'anniversaire contractuel suivant le 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré.

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

Si le proposant peut signer une déclaration de bonne santé, sa proposition d'assurance Chèque-vie de base est approuvée. La date d'effet de la couverture correspond au premier du mois suivant la date de réception de la proposition, de la déclaration de bonne santé et des renseignements relatifs au paiement.

# Caractéristiques du régime

## Définitions des affections couvertes

### Cancer (mettant la vie en danger)

Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome *in situ* (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

### Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » 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 si cette date est postérieure, 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; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

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

### Crise cardiaque

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

- symptômes de crise cardiaque
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- 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.

**Spécialiste** : personne possédant les compétences et l'autorisation légale nécessaires pour exercer la médecine au Canada ou aux États-Unis et qui détient une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte

pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, une affection peut être diagnostiquée par un médecin. Le terme « spécialiste » comprend, entre autres, les cardiologues, les neurologues, les oncologues et les internistes. Le spécialiste ne peut pas être un membre de la famille ou un associé de l'assuré, ni du titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de l'assuré), ni de l'auteur d'une demande de règlement faite relativement à l'assuré.

Exclusion : Aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « 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, et à défaut 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 d'établissement du diagnostic.

### **Accident vasculaire cérébral (AVC)**

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;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours après la date d'établissement 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 n'est exigible au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- 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 coronarien**

Chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'un pontage par greffe. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « pontage coronarien » dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

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

### **Chirurgie de l'aorte**

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

Exclusion : Aucune prestation n'est exigible au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

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

## Option 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<sup>e</sup> 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 la date d'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 couverture de la garantie n'expire que le premier jour à partir duquel l'assuré n'accomplit plus une période d'attente relative à l'affection couverte.

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

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

## Exclusions et restrictions

**Aucune prestation n'est versée si l'assuré est atteint, au cours de la période de 24 mois suivant la date d'effet du contrat** ou la date de sa dernière remise en vigueur, 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 sa 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 a 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, qu'il soit 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,
- absorption ou usage délibérée par l'assuré :
  - de tout médicament d'ordonnance ou de narcotique, sans respecter les directives d'un médecin;
  - de tout médicament ou narcotique légalement en vente libre au Canada, sans respecter les recommandations du fabricant;
  - de tout médicament ou narcotique dont la vente est interdite au Canada;
  - 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 posé 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 la région où le diagnostic a été posé et détenait 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 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 que celui qui est exigé au titre du contrat aux fins du 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.

### **Exigences relatives à la tarification**

La couverture est approuvée, sous réserve de la déclaration de santé que fournit le proposant. La déclaration doit renfermer les énoncés suivants et peut être faite par écrit ou par voie électronique :

Je déclare que je n'ai jamais reçu de diagnostic, présenté de signes ou de symptômes, consulté un médecin ou passé des examens médicaux ayant donné 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

Je déclare que je n'ai jamais eu de pontage coronarien ou de chirurgie de l'aorte.

Je déclare que je n'ai subi aucun examen médical ou test diagnostique pour lequel j'attends des résultats et qu'aucun médecin ou spécialiste ne m'a recommandé de subir des examens médicaux ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués.

Je déclare qu'au cours des cinq dernières années, je n'ai pas présenté de signes ou de symptômes, reçu de traitement ou la recommandation de me faire traiter en relation avec l'abus de drogues ou d'alcool.

### **Offre faite directement au client**

Outre le libellé ci-dessus, les offres du produit 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 Chèque-vie de base et déclare avoir lu et compris l'information relative aux conditions de couverture au titre du produit et aux exclusions et restrictions applicables à ladite couverture, y compris celles ayant trait aux affections préexistantes.

### **Fin de l'assurance**

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<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
- le trente et unième jour après la date d'échéance d'une prime, si la prime est encore en souffrance;
- la date d'échéance de la prime suivant la date à laquelle Manuvie reçoit de l'assuré un avis écrit demandant la résiliation de la couverture;
- la date à laquelle une prestation devient payable au titre du contrat;
- la date du décès de l'assuré.

Le présent régime est établi par **La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.**

Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. MD Marque déposée de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. © 2015 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.