



ASSURANCE MALADIES GRAVES

Votre guide Chèque-vie<sup>MD</sup>

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS

Assurance  
 **Manuvie**

Chèque-vie est une assurance unique en son genre... destinée à favoriser votre rétablissement. Personne n'aime songer à la maladie, mais nul n'en est à l'abri. Si jamais vous étiez atteint d'une maladie, vous auriez aujourd'hui, grâce aux meilleures conditions de vie et aux progrès de la médecine, de bonnes chances de vous rétablir et de reprendre votre vie normale.

Mais la voie de la guérison coûte cher. Le traitement et l'adaptation consécutifs à une maladie peuvent entraîner des coûts élevés et souvent imprévus.

Chèque-vie est conçu pour vous aider à faire face aux imprévus. Il prévoit le versement d'une prestation en espèces si l'on diagnostique chez vous une des 24 affections couvertes définies dans votre contrat, et si vous accomplissez la période d'attente. De cette façon, vous n'aurez pas à vous soucier de questions financières, mais de ce qui est vraiment important : votre rétablissement.

La prestation vous appartient et vous pouvez l'utiliser comme bon vous semble, par exemple pour :

- trouver les meilleurs soins de santé disponibles – n'importe où;
- recourir aux services d'un infirmier ou d'un préposé pour vous aider à domicile;
- effectuer des versements hypothécaires;
- remplacer votre revenu perdu.

### Parce que votre rétablissement sera votre priorité

- Pour vous rétablir, il vous faut une prestation en espèces. Chèque-vie couvre les affections qui constituent la plus grande menace pour votre santé et qui sont exigeantes sur le plan du rétablissement et sur le plan financier.
- Pour vous rétablir, il vous faut une couverture contre les affections qui ne mettent pas nécessairement la vie en danger, mais qui la changent. Notre **prestation Intervention rapide** représente 25 % de votre couverture (à concurrence de 50 000 \$ par assuré si vous satisfaites aux exigences indiquées dans le contrat).
- Pour vous rétablir, il vous faut un accès rapide à votre argent. Si l'on diagnostique chez vous une maladie grave, vous passerez probablement beaucoup de temps à attendre – des rendez-vous, des résultats de tests,

un traitement. Grâce à **la prestation Rétablissement de Chèque-vie**, unique en son genre, vous recevrez des fonds plus rapidement, sans devoir accomplir la période d'attente. Ainsi, vous pourriez amorcer votre rétablissement plus tôt.

- Pour vous rétablir, vous devez avoir l'esprit tranquille. Les clients admissibles à la **protection SoinsVie** bénéficient d'une prestation mensuelle pour soins s'ils deviennent fonctionnellement dépendants et accomplissent la période d'attente (90 jours).
- **Le Navigateur Santé<sup>MD</sup> de Manuvie** vous offre une plus grande tranquillité d'esprit en vous donnant accès, à vous et aux personnes à votre charge admissibles, à un service qui fournit de l'information et des ressources fiables et à jour en matière de santé. En outre, vous pouvez utiliser ce service des plus utiles dès la souscription du contrat – il n'est pas nécessaire que vous présentiez une demande de règlement pour vous en prévaloir.

### Voici ce que vous offre le Navigateur Santé :

- un service de deuxième avis médical émis par des médecins de renommée mondiale;
- un service de coordination médicale pour les soins aux États-Unis, la prise de rendez-vous et le transport spécialisé, la satisfaction de besoins spéciaux comme les services de traduction, ainsi que la coordination du congé de l'hôpital et du retour à la maison;
- de l'aide pour naviguer dans le système canadien des soins de santé, notamment des guides provinciaux;
- de l'aide dans la recherche d'un professionnel de la santé, d'établissements de soins de santé et de groupes de soutien communautaires;
- une bibliothèque sur la santé et les médicaments, une base de données sur les affections, des nouvelles sur l'actualité médicale, ainsi que des outils d'autoévaluation de la santé et des guides de dépistage.

La présente brochure donne un aperçu de l'assurance maladies graves Chèque-vie. Votre contrat contient des précisions sur la couverture offerte au titre de la version que vous choisissez. Remarque : Le Navigateur Santé<sup>MD</sup> est un avantage non contractuel et Manuvie ne peut pas garantir son accessibilité.

## Quelles personnes à votre charge sont admissibles?

Les membres suivants de la famille de l'assuré sont admissibles aux services offerts au titre du Navigateur Santé<sup>MD</sup> :

**Le conjoint** – Les termes « conjoint » et « de conjoint » renvoient aussi au conjoint de fait au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

**Les enfants** – s'entend des enfants de sang ou adoptifs ainsi que des beaux-fils et belles-filles de l'assuré (les beaux-fils et belles-filles doivent vivre avec l'assuré), pourvu qu'ils ne soient pas mariés, qu'ils ne travaillent pas à temps plein et qu'ils aient moins de 21 ans ou, s'ils fréquentent à temps plein une école, un collège ou une université accrédités, qu'ils aient moins de 25 ans.

## Une couverture adaptée à vos besoins\*

Les quatre contrats Chèque-vie de Manuvie prévoient des montants de couverture allant d'un minimum de 25 000 \$ à un maximum de 2 000 000 \$. Vous choisissez le montant et le type de couverture\* qui répondent à vos besoins.

### Chèque-vie de base (Temporaire jusqu'à 65 ans)

Il s'agit d'une solution économique qui vous permettra de vous protéger pendant vos années les plus productives sur le plan financier (jusqu'à l'âge de 65 ans), moyennant des primes qui ne changent jamais pendant la durée du contrat.

### Chèque-vie uniforme (Temporaire jusqu'à 75 ans)

Cette couverture vous offre une protection jusqu'à la retraite et au-delà (jusqu'à l'âge de 75 ans), moyennant des primes qui ne changeront jamais pendant la durée du contrat.

### Chèque-vie renouvelable (Temporaire 10 ans ou Temporaire 20 ans)

Vous avez le choix entre deux options : 10 ans et 20 ans. Chacune d'elles vous offre une protection jusqu'à la retraite et au-delà (jusqu'à l'âge de 75 ans), moyennant des primes qui augmentent tous les 10 ou 20 ans. Après la souscription, les couvertures renouvelables peuvent être changées pour d'autres couvertures Chèque-vie, sans preuve d'assurabilité (consultez le contrat pour en savoir plus).

Les couvertures renouvelable 10 ans et renouvelable 20 ans

peuvent être changées pour :

- une couverture de base (Temporaire jusqu'à 65 ans) après l'établissement du contrat (après un an et jusqu'à l'âge de 44 ans);
- une couverture uniforme (Temporaire jusqu'à 75 ans) ou permanente avec prime payable jusqu'à l'âge de 100 ans, après l'établissement du contrat (après un an et jusqu'à l'âge de 64 ans).

## Chèque-vie permanent

Une protection viagère, moyennant des primes qui n'augmenteront jamais pendant la durée du contrat. Nous offrons deux options de paiement avec Chèque-vie permanent :

1. prime payable jusqu'à l'âge de 100 ans;
2. prime temporaire : paiement accéléré effectué sur une période de 15 ans.

## Remboursement de votre argent

Et si vous n'avez jamais besoin de Chèque-vie?

Trois garanties de **remboursement des primes** sont offertes. La garantie Remboursement des primes avec option de rachat anticipé est offerte avec les contrats Chèque-vie uniforme (Temporaire jusqu'à 75 ans) et permanent. La garantie Remboursement des primes à l'expiration est offerte avec les contrats Chèque-vie de base (Temporaire jusqu'à 65 ans) et uniforme (Temporaire jusqu'à 75 ans), et la garantie Remboursement des primes au décès est offerte avec tous les contrats Chèque-vie. Toutes ces garanties sont offertes moyennant des frais supplémentaires (sous réserve d'une tarification). Vous trouverez de plus amples renseignements sur ces garanties plus loin dans la présente brochure.

\* Selon la couverture que vous choisissez, si l'on diagnostique chez vous l'une des affections couvertes ou des affections à intervention rapide définies dans votre contrat, et si vous accomplissez la période d'attente spécifiée (30 jours dans la plupart des cas), vous recevrez une prestation Chèque-vie. Votre contrat décrira en détail la couverture que vous choisirez. Il peut y avoir des restrictions, et certaines périodes d'attente excèdent 30 jours. Votre conseiller peut vous fournir de plus amples précisions à ce sujet.

# Affections couvertes

Voici une liste des affections couvertes par les contrats Chèque-vie, les termes utilisés dans le contrat pour les décrire ainsi qu'une explication de ces termes.

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Chirurgie de l'aorte</b>	<p>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.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.</p>	<p>L'aorte est la plus grande artère du corps, et le remplacement des parties lésées par un greffon est couvert.</p>
<b>Anémie aplastique</b>	<p>Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne de l'anémie, une neutropénie et une thrombocytopénie, et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ stimulation de la moelle osseuse,</li><li>■ immunosuppresseurs,</li><li>■ greffe de moelle osseuse.</li></ul> <p>Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	<p>L'anémie aplastique survient lorsque votre organisme ne produit pas assez de nouvelles cellules sanguines. Il est alors possible que vous ressentiez souvent de la fatigue. Vous êtes aussi plus susceptible de contracter des infections et vous pourriez aussi subir des saignements incontrôlés. L'anémie aplastique est une affection rare et grave qui peut survenir à tout âge. Elle apparaît parfois soudainement ou se développe lentement. Le traitement pour cette affection comprend des médicaments, des transfusions sanguines ou une greffe de cellules souches.</p>
<b>Méningite purulente</b>	<p>Diagnostic formel 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 d'établissement du diagnostic. Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une méningite virale.</p>	<p>La méningite purulente est une infection qui mène à l'inflammation ou à l'enflure du cerveau et de la moelle épinière. De nombreux types de bactérie peuvent causer ce genre d'inflammation. La méningite purulente est souvent traitée au moyen d'antibiotiques et peut nécessiter une hospitalisation.</p>
<b>Tumeur cérébrale bénigne</b>	<p>Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer un ou des déficits neurologiques documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	<p>Les tumeurs cérébrales primitives se déclarent dans le cerveau et peuvent être bénignes ou malignes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Les tumeurs cérébrales bénignes évoluent lentement, ont des bords distincts et ne se répandent généralement pas.</li><li>■ Les tumeurs cérébrales malignes évoluent rapidement et seraient couvertes à titre de cancer.</li></ul> <p>Les tumeurs cérébrales secondaires (tumeurs cérébrales métastatiques) sont malignes, et il s'agit du type de tumeur cérébrale le plus commun. Ces tumeurs résultent d'un cancer qui est apparu ailleurs dans le corps et s'est étendu (métastasé) au cerveau. Elles seraient couvertes à titre de cancer.</p>

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Tumeur cérébrale bénigne (suite)</b>	<p><b>Exclusions</b> Les exclusions sont énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, sous la rubrique <i>Exclusion des tumeurs cérébrales bénignes et affections connexes</i>.</p>	<p>Les tumeurs cérébrales bénignes diagnostiquées au cours des 90 premiers jours suivant l'établissement du contrat ou sa dernière remise en vigueur ou dont les symptômes se manifestent pour la première fois au cours de cette période ne donnent pas droit à une prestation.</p>
<b>Cécité</b>	<p>Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou</li> <li>■ un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.</li> </ul> <p>Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	<p>La cécité peut être causée par une blessure, une maladie ou la dégénérescence du globe oculaire, du nerf optique ou des voies nerveuses qui relient l'œil au cerveau, ou du cerveau même.</p>
<b>Cancer (mettant la vie en danger)</b>	<p>Diagnostic formel d'une tumeur 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.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions*</b> Les exclusions sont énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, sous la rubrique <i>Exclusion des cancers et affections connexes</i>.</p>	<p>Il existe plusieurs types de cancer et cette définition couvre de nombreux types, dont le carcinome et le mélanome. Les exclusions principales concernent les types de cancer qui ne sont généralement pas considérés comme menaçants pour la vie, car on peut facilement les soigner. Certains de ces cancers diagnostiqués à un stade précoce sont inclus dans les affections couvertes au titre de la prestation Intervention rapide qui sont décrites plus loin dans ce document.</p> <p>Les cancers diagnostiqués au cours des 90 premiers jours du contrat ou suivant sa dernière remise en vigueur ou dont les symptômes se manifestent pour la première fois au cours de cette période ne donnent pas droit à une prestation.</p> <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic.</p> <p>Votre conseiller peut vous aider à comprendre toutes les exigences et les exclusions liées à cette affection couverte.</p>
<b>Coma</b>	<p>Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ un coma médicalement provoqué,</li> <li>■ un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogues, ou</li> <li>■ un diagnostic de mort cérébrale.</li> </ul>	<p>État d'incapacité de réagir aux stimuli internes ou externes, causé par une maladie ou une blessure et qui dure au moins quatre jours.</p>

\* Pour obtenir tous les renseignements nécessaires sur les exclusions, telles qu'énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, consultez votre conseiller.

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Pontage coronarien</b>	<p>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.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.</p>	<p>Seul le pontage coronarien est couvert. Les procédures exclues ne nécessitent pas une opération à cœur ouvert, d'où un rétablissement moins exigeant.</p> <p>L'angioplastie coronarienne est couverte par une prestation d'un montant moindre, le rétablissement étant moins exigeant. Voir la section <i>Affections à intervention rapide</i> plus loin dans le présent document.</p>
<b>Surdité</b>	<p>Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	<p>La surdité peut être causée par un accident, une blessure ou une maladie qui cause la perte totale et permanente de l'ouïe des deux oreilles. Le taux de perte d'audition requis pour être admissible au titre de cette définition peut être facilement mesuré et confirmé de façon précise par des examens d'ordre professionnel.</p>
<b>Démence, maladie d'Alzheimer comprise</b>	<p>Diagnostic formel de démence caractérisée par une détérioration progressive de la mémoire et par au moins une des manifestations suivantes touchant les fonctions cognitives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ aphasie (trouble du langage),</li> <li>■ apraxie (difficulté à accomplir des tâches courantes),</li> <li>■ agnosie (difficulté à reconnaître des objets),</li> <li>■ perturbation des fonctions de contrôle supérieures (dites « exécutives ») (par exemple, capacité de pensée abstraite, ainsi que planification, esprit d'initiative, organisation, contrôle et interruption de comportements complexes), ce qui a une incidence sur les activités de la vie quotidienne.</li> </ul> <p>L'assuré doit présenter les signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ démence de niveau au moins modéré attestée par un mini-examen de l'état mental dont le score est de 20/30 ou moins ou par un ou plusieurs autres examens généralement reconnus par la profession médicale pour l'évaluation des fonctions cognitives et dont le score est équivalent,</li> <li>■ détérioration progressive des fonctions cognitives et de la capacité de fonctionner au quotidien attestée par une série de tests cognitifs ou par un examen des antécédents pendant une période d'au moins six mois.</li> </ul> <p>Aux fins du contrat, le mini-examen de l'état mental fait référence au <i>Mini Mental State Exam</i> (Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189).</p> <p>Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas de troubles affectifs ou schizophréniques, ou encore de délirium.</p>	<p>La démence, maladie d'Alzheimer comprise, est caractérisée par une détérioration progressive de la mémoire. Pour qu'un diagnostic soit posé, certaines parties des fonctions mentales (cognitives) doivent être touchées, ce qui se traduit notamment par une difficulté à effectuer des tâches multiples ou l'incapacité de penser clairement, ce qui perturbe la vie quotidienne.</p> <p>Certains éléments doivent être présents pour que les conditions d'admissibilité soient remplies, tel qu'il est indiqué dans le contrat.</p>

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Crise cardiaque</b>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ symptômes de crise cardiaque,</li> <li>■ changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque, ou</li> <li>■ apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.</li> </ul> <p>Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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, ou</li> <li>■ changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.</li> </ul>	<p>Une demande de règlement n'est pas valide si la présence de marqueurs cardiaques biochimiques élevés résulte d'une angioplastie coronarienne et qu'il n'y a pas de nouvelles ondes Q connexes; ou si la découverte fortuite de variations électrocardiographiques tend à indiquer une précédente crise cardiaque en l'absence d'un événement corroborant.</p>
<b>Remplacement ou réparation valvulaires</b>	<p>Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à réparer une ou plusieurs valvules cardiaques défaillantes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.</p>	<p>Le cœur comprend quatre valves (aortique, pulmonaire, mitrale, tricuspide) qui contrôlent le débit sanguin entre ses cavités. Le remplacement ou la réparation d'une ou plusieurs de ces valves au moyen de valves humaines, animales ou mécaniques est couvert.</p>
<b>Insuffisance rénale</b>	<p>Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	<p>Les malades qui souffrent d'insuffisance rénale chronique ont besoin de dialyse, soit la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse, pour le restant de leurs jours ou jusqu'à ce qu'une greffe du rein puisse être pratiquée.</p>
<b>Perte de membres</b>	<p>Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle le deuxième membre est amputé.</p>	<p>La perte peut résulter d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie.</p>

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Perte de l'usage de la parole</b>	<p>Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour toute cause psychiatrique.</p>	<p>La perte totale et irréversible de la capacité d'exprimer ses pensées et ses idées au moyen de sons de la voix. Cette perte peut résulter d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie, à l'exclusion des causes psychiatriques.</p>
<b>Défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe</b>	<p>Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation payable au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe », l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date d'inscription de l'assuré dans le centre de transplantation mentionné ci-dessus.</p>	<p>La période d'attente pour cette prestation commence à courir dès que vous êtes inscrit sur une liste d'attente reconnue au Canada ou aux États-Unis.</p>
<b>Greffe d'un organe vital</b>	<p>Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation payable au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date de la greffe.</p>	<p>Si vous subissez l'une des cinq greffes listées et jugées médicalement nécessaires, vous aurez peut-être droit à la prestation.</p>
<b>Maladie du motoneurone</b>	<p>Diagnostic formel des troubles suivants exclusivement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig),</li> <li>■ sclérose latérale primitive,</li> <li>■ atrophie musculaire progressive,</li> <li>■ paralysie bulbaire progressive,</li> <li>■ paralysie pseudo-bulbaire.</li> </ul> <p>Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	<p>La maladie du motoneurone est une affection progressive et dégénérative qui touche le système nerveux central et qui est caractérisée par un affaiblissement musculaire et une détérioration des muscles sans modification sensorielle. À mesure que les nerfs dégèrent, les muscles faiblissent et se détériorent. La maladie du motoneurone mentionnée le plus souvent est la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou, plus communément, la maladie de Lou Gehrig.</p>
<b>Sclérose en plaques</b>	<p>Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation,</li> <li>■ anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation,</li> <li>■ une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.</li> </ul>	<p>La sclérose en plaques est une maladie extrêmement difficile à diagnostiquer et, pour exclure les autres possibilités et confirmer le diagnostic, il faut habituellement faire de nombreux examens. Les symptômes varient d'après la région du cerveau ou de la moelle épinière qui est affectée. Par conséquent, les symptômes physiques diffèrent beaucoup d'une forme de sclérose en plaques à l'autre.</p>



Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Sclérose en plaques (suite)</b>	<p>Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p>	<p>Cette définition porte surtout sur les anomalies neurologiques, par opposition au degré d'atteinte physique. Dans le cas de la sclérose en plaques, certaines parties des gaines myéliniques des fibres nerveuses sont détruites, ce qui bloque les impulsions entre celles-ci et le cerveau. La démyélinisation est un signe caractéristique de sclérose en plaques.</p>
<b>Infection à VIH contractée au travail</b>	<p>Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la date d'établissement de la couverture, ou</li> <li>■ la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci.</li> </ul> <p>La prestation Affections couvertes payable au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la blessure accidentelle doit nous être signalée dans les 14 jours suivant la blessure,</li> <li>■ une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif,</li> <li>■ une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif,</li> <li>■ tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis,</li> <li>■ la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.</li> </ul> <p>Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle tous les critères ci-dessus sont remplis.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ l'assuré a décidé de ne pas se faire administrer des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH,</li> <li>■ un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle, ou</li> <li>■ l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.</li> </ul>	<p>Cette prestation s'avérera utile aux gens qui, dans l'exercice de leur profession, risquent d'être en contact avec du sang ou des liquides organiques (médecins, dentistes, personnel infirmier, policiers, etc.). Les formalités de déclaration sont nécessaires pour s'assurer que l'infection au VIH résulte de l'exercice de la profession, non de l'usage de drogues ni d'une transmission sexuelle.</p>
<b>Paralysie</b>	<p>Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.</p> <p>Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p>	<p>Une période d'attente de 90 jours est exigée pour éliminer les cas de paralysie temporaire, mais ce délai est plus court que celui imposé par de nombreux contrats d'assurance accidents typiques.</p>

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<p><b>Maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précis</b></p>	<p>Diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, affection neurologique permanente caractérisée par une bradykinésie (lenteur des mouvements) et par au moins un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ rigidité musculaire,</li> <li>■ tremblements de repos.</li> </ul> <p>Troubles parkinsoniens atypiques précis : diagnostic formel d'une paralysie supranucléaire progressive, d'une dégénérescence cortico-basale ou d'une atrophie multisystématisée.</p> <p>L'assuré doit présenter des signes objectifs de dégénérescence progressive des fonctions pendant au moins un an et pour lesquels le neurologue traitant a prescrit des médicaments dopaminergiques ou d'autres médicaments généralement reconnus par la profession médicale pour le traitement de la maladie de Parkinson. Le diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis doit être posé par un neurologue.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période à courir jusqu'à la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ date à laquelle tous les critères ci-dessus sont remplis, ou</li> <li>■ 30<sup>e</sup> jour suivant la date du diagnostic.</li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour tout autre type de parkinsonisme. Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes si, dans l'année suivant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la date d'établissement de la couverture, ou</li> <li>■ la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci si cette date est postérieure l'assuré :</li> <li>■ a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis, peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou</li> <li>■ a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis.</li> </ul> <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la maladie de Parkinson, ou</li> <li>■ des troubles parkinsoniens atypiques précis, ou sur toute maladie grave causée par :</li> <li>■ la maladie de Parkinson, ou</li> <li>■ des troubles parkinsoniens atypiques précis, ou leur traitement.</li> </ul>	<p>La maladie de Parkinson et les troubles parkinsoniens atypiques précis sont des affections progressives et dégénératives du système nerveux central. Ils comportent trois caractéristiques principales : rigidité des muscles, tremblements et lenteur des mouvements.</p> <p>La maladie de Parkinson et les troubles parkinsoniens atypiques précis résultant de l'exposition à certaines drogues, à certains produits chimiques toxiques, etc. sont exclus. Il n'est pas nécessaire que la maladie ait progressé au point que la personne atteinte nécessite une supervision quotidienne, mais celle-ci doit avoir atteint un certain degré d'incapacité.</p> <p>Si les signes et les symptômes conduisant à un diagnostic apparaissent au cours de la première année, aucune prestation ne sera payable.</p> <p>Veillez noter que tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic.</p>
<p><b>Brûlures graves</b></p>	<p>Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'assuré subit les brûlures graves.</p>	<p>Il y a trois degrés de brûlures : brûlures des premier, deuxième et troisième degrés. Les brûlures du premier degré endommagent la première couche de la peau (coup de soleil par exemple). Celles du deuxième degré touchent les couches plus profondes de la peau. Celles du troisième degré sont les plus graves, car elles détruisent toutes les couches de la peau. On considère que la vie d'une personne est menacée lorsque celle-ci a subi des brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de son corps.</p>

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Accident vasculaire cérébral (AVC)</b>	<p>Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et</li> <li>■ nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic.</li> </ul> <p>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.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p> <p><b>Exclusions</b> Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ accident ischémique transitoire,</li> <li>■ accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou</li> <li>■ infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.</li> </ul>	<p>Cette définition couvre les trois mécanismes qui provoquent l'accident vasculaire cérébral : la thrombose causée par un blocage provoqué par un thrombus (caillot) qui s'est formé sur la paroi d'une artère du cerveau; l'embolie causée par un embole (d'ordinaire un caillot) qui est précipité dans une artère du cerveau dont il provoque le blocage; l'hémorragie causée par la rupture d'un vaisseau sanguin près du cerveau ou à la surface de celui-ci.</p> <p>Votre déficit doit durer plus de 30 jours pour que vous soyez admissible à la prestation. Tout incident dont les symptômes durent moins de 24 heures est considéré comme un accident ischémique transitoire et ne répond pas à cette définition.</p>

**\*\*REMARQUE IMPORTANTE :** Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

# Affections à intervention rapide

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai</b>	<p>Diagnostic formel de leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai.</p> <p>Aux fins du contrat, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication <i>Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia</i> (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975). L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions*</b> Nous ne versons pas de prestation Intervention rapide dans le cas d'une lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS). D'autres exclusions sont énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, sous la rubrique <i>Exclusion des cancers et affections connexes</i>.</p>	<p>La leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai est un type de cancer qui touche le sang et la moelle osseuse, où sont produites les cellules sanguines. Le terme « chronique » signifie que l'affection progresse plus lentement que d'autres types de leucémie. La maladie touche un type de globules blancs, appelés lymphocytes, qui aident l'organisme à combattre les infections.</p>
<b>Angioplastie coronarienne</b>	<p>Intervention chirurgicale 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. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date de l'intervention.</p>	<p>L'angioplastie coronarienne consiste à élargir une ou plusieurs des trois artères coronaires au moyen d'un ballon. Un cathéter à extrémité gonflable est inséré dans une artère (habituellement dans l'aîne) et dirigé jusqu'au blocage ou rétrécissement, où l'on gonfle le ballon. Le rétablissement est rapide (environ 1 jour) et les risques de crise cardiaque ou de pontage coronarien d'urgence consécutifs à l'intervention sont faibles. Près de 50 pour cent des patients atteints de coronaropathie sont traités de cette façon. Le nom médical de cette intervention est ACTP (angioplastie coronarienne transluminale percutanée).</p>
<b>Carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein</b>	<p>Diagnostic formel de carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein. L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste et confirmée au moyen d'une biopsie.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions*</b> Les exclusions sont énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, sous la rubrique <i>Exclusion des cancers et affections connexes</i>.</p>	<p>Le carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein est un stade précoce et traitable du cancer du sein.</p> <p>Le carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein diagnostiqué au cours des 90 premiers jours du contrat ou dont les symptômes se manifestent pour la première fois au cours de cette période ne donne pas droit à une prestation.</p>
<b>Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1</b>	<p>Diagnostic formel du cancer de la thyroïde papillaire ou du 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. L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste et confirmée au moyen d'une biopsie.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions*</b> Les exclusions sont énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, sous la rubrique <i>Exclusion des cancers et affections connexes</i>.</p>	<p>Le cancer de la thyroïde est un type de cancer dans le cadre duquel des cellules malignes se forment dans les tissus de la glande thyroïde. Il existe différents types de cancer de la thyroïde, le plus fréquent étant le cancer lié aux cellules papillaires.</p> <p>Le cancer de la thyroïde folliculaire prend naissance dans les cellules folliculaires de la thyroïde et progresse lentement. Cette forme de cancer peut être traitée de manière très efficace.</p>

Affection	Ce que dit le contrat	Ce que cela signifie
<b>Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)</b>	<p>Diagnostic formel du cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b). L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions*</b> Les exclusions sont énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, sous la rubrique <i>Exclusion des cancers et affections connexes</i>.</p>	<p>Si l'on diagnostique chez vous un stade précoce du cancer de la prostate (T1a ou T1b), vous pouvez avoir droit à la prestation. Les stades précoces du cancer de la prostate sont considérés traitables. Les tumeurs ne peuvent pas être décelées par palpation à ce stade, elles doivent être diagnostiquées par biopsie.</p> <p>Le cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) diagnostiqué au cours des 90 premiers jours du contrat ou dont les symptômes se manifestent pour la première fois au cours de cette période ne donne pas droit à une prestation.</p>
<b>Mélanome malin au stade 1</b>	<p>Diagnostic formel de mélanome malin au stade 1A ou 1B non ulcéré et dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm. L'affection doit être diagnostiquée par un spécialiste.</p> <p><b>Période d'attente</b> Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p><b>Exclusions*</b> Nous ne versons pas de prestation Intervention rapide dans le cas d'un mélanome malin <i>in situ</i>.</p> <p>D'autres exclusions sont énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, sous la rubrique <i>Exclusion des cancers et affections connexes</i>.</p>	<p>En général, le mélanome prend naissance dans les cellules de la couche externe de la peau. Une tumeur se forme lorsque la croissance de ces cellules se dérègle. Les mélanomes sont souvent noirs ou bruns, mais ils peuvent également être d'une autre teinte. Comme pour tous les types de cancer de la peau, l'exposition excessive au soleil augmente le risque d'apparition d'un mélanome malin. S'il est détecté de façon précoce, ce cancer peut être traité et guéri et il comporte un taux de survie élevé.</p>

\* Pour obtenir tous les renseignements nécessaires sur les exclusions, telles qu'énoncées à la section 6 du contrat Chèque-vie, consultez votre conseiller.

# Exclusions et restrictions applicables aux prestations d'assurance maladies graves

## Ce que dit le contrat

### Généralités

Aucune prestation n'est versée si l'assuré au titre d'une protection maladies graves prévue par le contrat, qu'il soit sain d'esprit ou non, souffre d'une affection couverte ou d'une affection à intervention rapide qui résulte de ce qui suit :

- a) blessures auto-infligées intentionnellement;
- b) perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- c) conduite d'un véhicule motorisé alors que l'alcoolémie dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- d) absorption ou usage intentionnels par l'assuré :
  - d'un médicament ou narcotique d'ordonnance, d'une façon non conforme aux instructions données par un médecin;
  - d'un médicament ou narcotique qui peut légalement être vendu au Canada sans ordonnance, d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant;
  - d'un médicament ou narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada;
  - d'une substance toxique ou intoxicante, y compris l'alcool.

## Ce que cela signifie

Ces exclusions visent les affections qui résultent de circonstances spécifiées dans le contrat. Elles constituent une condition normale pour les contrats de cette nature.

Ces exclusions s'appliquent à toutes les affections couvertes et affections à intervention rapide déjà décrites. Vous recevrez une prestation si vous remplissez les critères touchant les affections énumérées plus haut et si vous ne faites pas l'objet de l'une de ces exclusions.

Il n'y a pas d'exclusion en cas de guerre ou d'actes de guerre.

### Période d'attente

Une prestation Affections couvertes ou une prestation Intervention rapide n'est versée que si l'assuré accomplit la période d'attente. La période d'attente est indiquée à la section 5 du contrat Chèque-vie pour chaque affection couverte et pour chaque affection à Intervention rapide.

### Exclusion des cancers et affections connexes

Dans la présente exclusion, l'expression « quelque cancer que ce soit » comprend tous les cancers, même dans le cas où ils n'auraient pas été couverts par les définitions de cancer pour une prestation Affections couvertes ou une prestation Intervention rapide.

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes ni de prestation Intervention rapide si, dans les 90 jours suivant

- la date d'établissement de la couverture, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci 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 de la couverture), peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou
  - a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la couverture).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par quelque cancer que ce soit ou son traitement.

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes 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,
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases,
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases,
- 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,
- 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.

Aux fins du contrat, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7<sup>e</sup> édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Aux fins du contrat, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia* (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

## Ce que cela signifie (suite)

### Exclusion des tumeurs cérébrales bénignes et affections connexes

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes ni de prestation Intervention rapide si, dans les 90 jours suivant

- la date d'établissement de la couverture, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci 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 tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la couverture), peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la couverture).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

### Diagnostic établi à l'extérieur du pays

Si une affection couverte ou une affection à intervention rapide est diagnostiquée dans un pays autre que le Canada et les États-Unis, aucune prestation n'est payable sauf si l'assuré atteint par cette affection met à notre disposition tous les dossiers médicaux que nous exigeons. Sur la base des dossiers médicaux, nous devons établir à notre satisfaction que toutes les conditions suivantes ont été remplies :

- le même diagnostic aurait été posé si l'affection couverte ou l'affection à intervention rapide était apparue au Canada ou aux États-Unis;
- le médecin qui a posé le diagnostic était autorisé à exercer sa profession dans le ressort où le diagnostic a été posé et avait des qualifications égales à celles qui sont définies pour cette affection dans votre contrat;
- le diagnostic est pleinement corroboré par les examens diagnostiques appropriés et toute autre investigation normalement effectués au Canada ou aux États-Unis (incluant ceux qui sont exigés par la définition spécifique de l'affection couverte ou de l'affection à intervention rapide); et
- la même chirurgie ou la même intervention non chirurgicale médicalement nécessaire, selon la définition d'affection couverte ou d'affection à intervention rapide stipulée dans votre contrat, aurait été recommandée si le diagnostic avait été posé au Canada ou aux États-Unis.

Nous avons également le droit de demander qu'un assuré subisse un examen médical indépendant auprès d'un spécialiste de notre choix.

# Protection SoinsVie du contrat Chèque-Vie\*

## Ce que dit le contrat

### Quand l'assuré est-il considéré comme fonctionnellement dépendant?

Nous considérons que l'assuré est fonctionnellement dépendant si, même en faisant usage de médicaments, d'accessoires fonctionnels, d'appareils et d'autres aides :

- il est incapable d'accomplir au moins deux des activités de la vie quotidienne sans l'aide substantielle d'une autre personne; ou
- il a besoin, en raison d'une déficience cognitive, d'une supervision substantielle pour le protéger contre les dangers qui menacent sa santé ou sa sécurité.

Pour être considéré comme fonctionnellement dépendant, l'assuré doit aussi :

- recevoir régulièrement les soins d'un médecin;
- suivre les traitements recommandés; et
- utiliser les accessoires fonctionnels appropriés au type d'affection qui cause sa dépendance fonctionnelle.

### Activités de la vie quotidienne

Les activités de la vie quotidienne sont les tâches quotidiennes de base que l'assuré doit accomplir pour préserver sa santé et assurer sa sécurité.

Les activités de la vie quotidienne qui servent à déterminer si l'assuré est fonctionnellement dépendant sont les suivantes :

- **Se laver** s'entend de la capacité de se laver en prenant un bain (y compris la capacité d'entrer dans la baignoire et d'en sortir) ou une douche (y compris la capacité d'entrer dans la douche et d'en sortir), ou en utilisant une éponge. « Se laver » ne comprend pas la capacité de se laver les cheveux, le dos ou les pieds.
- **Se nourrir** s'entend de la capacité de se nourrir par soi-même en utilisant une tasse, un bol ou une assiette, ou de s'alimenter au moyen d'une sonde. « Se nourrir » ne comprend pas la capacité de préparer ou de servir les repas.
- **S'habiller** s'entend de la capacité de mettre et d'enlever tous les vêtements nécessaires et tous les appareils orthopédiques et chirurgicaux ou membres artificiels qui sont médicalement requis. Par « vêtements nécessaires », on entend tout article vestimentaire que l'on peut confectionner, acheter et retoucher, et qu'il est raisonnable pour la santé, le confort et la dignité de l'assuré de porter dans l'environnement dans lequel il vit habituellement.
- **Aller aux toilettes** s'entend de la capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir, de s'asseoir sur le siège et de s'en relever, ainsi que de s'acquitter des soins d'hygiène personnelle y afférents.
- **Se déplacer** s'entend de la capacité de prendre place dans un lit, sur une chaise ou dans un fauteuil roulant, et d'en sortir.
- **Être continent** s'entend de la capacité de maîtriser ses fonctions intestinales et urinaires ou, si ces fonctions ne peuvent être maîtrisées, de la capacité de s'acquitter des soins d'hygiène personnelle y afférents (y compris ceux liés à l'utilisation de produits pour incontinence, d'un cathéter ou d'une poche pour colostomie).

### Déficience cognitive

Par « déficience cognitive », on entend une perte ou une détérioration des facultés intellectuelles. Cette perte ou cette détérioration doit satisfaire aux trois conditions suivantes :

1. Elle doit être comparable à celle qu'entraîne la maladie d'Alzheimer, que nous considérons comme une déficience cognitive, et à d'autres formes similaires de démence irréversible, ou résulter d'une lésion cérébrale grave.
2. Elle doit se traduire par une déficience :
  - a) de la mémoire à court terme ou à long terme;
  - b) de la capacité à reconnaître les gens ou à se situer dans l'espace ou le temps;
  - c) du raisonnement déductif ou abstrait; ou
  - d) du jugement lié à la perception qu'a l'assuré quant à sa propre sécurité et à celle des autres personnes.
3. Elle doit être confirmée et mesurée par une preuve clinique et des examens normalisés.

### Exclusion

Sont exclus de la déficience cognitive les troubles mentaux ou nerveux, tels que les troubles de l'anxiété, de l'humeur, du sommeil, de la douleur, de la personnalité et les troubles psychotiques, mais sans s'y limiter.

## Tranquillité d'esprit accrue

### Services de soutien

Une simple aide financière ne vous suffira pas si vous devez faire face à une maladie ou à une blessure qui nécessitent des soins de longue durée. SoinsVie vous donne accès, une fois par année, à des services de soutien durant la période d'attente ou la période d'indemnisation.

Manuvie désignera un conseiller en soins qui vous aidera à vous orienter dans le réseau local des soins de longue durée. Il vous indiquera des fournisseurs de services et des programmes communautaires répondant à vos besoins et vous fournira tous les renseignements médicaux nécessaires.

### Exonération des primes

Il y a exonération des primes durant une période de versement de prestations pour soins. En outre, nous remboursons toutes les primes payées durant la période d'attente.

\* La Protection SoinsVie fait l'objet d'une tarification distincte.



# Exclusions et restrictions applicables à la protection SoinsVie

## Ce que dit le contrat

### Généralités

Nous ne considérons pas l'assuré comme étant fonctionnellement dépendant et nous ne versons aucune prestation pour soins au titre du contrat si la dépendance fonctionnelle de l'assuré, que ce dernier soit sain d'esprit ou non, est le résultat :

- a) d'une blessure auto-infligée intentionnellement;
- b) de la perpétration d'un acte qui serait criminel selon les lois du Canada, où qu'il soit commis;
- c) de la conduite d'un véhicule motorisé alors que l'alcoolémie dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang; ou
- d) de l'absorption ou de l'usage intentionnels par l'assuré :
  - d'un médicament ou narcotique d'ordonnance, d'une façon non conforme aux instructions données par un médecin;
  - d'un médicament ou d'un narcotique qui peut être vendu légalement sans ordonnance au Canada ou aux États-Unis, d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant;
  - d'un médicament ou d'un narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada ou aux États-Unis; ou
  - d'une substance intoxicante ou toxique.

### Assuré résidant à l'extérieur du Canada et des États-Unis

Nous ne considérons pas l'assuré comme étant fonctionnellement dépendant et nous ne lui versons pas la prestation pour soins tant qu'il réside à l'extérieur du Canada et des États-Unis.

Les jours où l'assuré réside à l'extérieur du Canada et des États-Unis ne sont pas considérés comme des jours de dépendance fonctionnelle aux fins de l'accomplissement de la période d'attente.

## Ce que cela signifie

Ces exclusions visent les affections qui résultent de circonstances spécifiées dans le contrat. Elles constituent une condition normale pour les contrats de cette nature.

Ces exclusions s'appliquent à la protection SoinsVie déjà décrite. Vous recevrez une prestation si vous remplissez les critères touchant la protection SoinsVie énumérés plus haut et si vous ne faites pas l'objet de l'une de ces exclusions.

Il n'y a pas d'exclusion en cas de guerre ou d'actes de guerre.

# Garanties Remboursement des primes

Nos garanties Remboursement des primes avec option de rachat anticipé, Remboursement des primes à l'expiration et Remboursement des primes au décès sont offertes moyennant des frais additionnels. Voici un tableau qui indique les différences entre ces trois garanties.

Garantie complémentaire	Mécanisme*	Peut être ajoutée à la version...
<b>Remboursement des primes avec option de rachat anticipé (RPR)</b>	Remboursement de la totalité des primes admissibles payées si : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la couverture Chèque-vie et la garantie RPR sont en vigueur depuis au moins 15 ans,</li> <li>■ l'assuré n'a pas droit à une prestation Affections couvertes, et</li> <li>■ la couverture Chèque-vie est résiliée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uniforme (Temporaire jusqu'à 75 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 60 ans</li> <li>■ Permanent (paiement jusqu'à l'âge de 100 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 60 ans</li> <li>■ Permanent (paiement pendant 15 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 55 ans</li> </ul>
<b>Remboursement des primes à l'expiration (RPE)</b>	Remboursement de la totalité des primes admissibles payées si la garantie est en vigueur à la date d'expiration de la couverture et si l'assuré n'a pas droit à une prestation Affections couvertes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De base (Temporaire jusqu'à 65 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 45 ans</li> <li>■ Uniforme (Temporaire jusqu'à 75 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 60 ans</li> </ul>
<b>Remboursement des primes au décès (RPD)</b>	Remboursement de la totalité des primes admissibles payées si l'assuré décède avant d'avoir eu droit à une prestation Affections couvertes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Renouvelable (Temporaire 10 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 60 ans</li> <li>■ Renouvelable (Temporaire 20 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 54 ans</li> <li>■ De base (Temporaire jusqu'à 65 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 45 ans</li> <li>■ Uniforme (Temporaire jusqu'à 75 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 60 ans</li> <li>■ Permanent (paiement jusqu'à l'âge de 100 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 60 ans</li> <li>■ Permanent (paiement pendant 15 ans) – Âge à la souscription : de 18 à 55 ans</li> </ul>

\* Si le montant de la garantie Remboursement des primes (RP) (excluant les frais de contrat ou les primes payées pour toute garantie Exonération des primes en cas d'invalidité) correspond au plafond de la couverture, nous n'exigeons aucune autre prime pour cette garantie. Le montant maximum pouvant être remboursé au titre de la garantie RP est limité au montant de la couverture Chèque-vie, moins toute prestation Rétablissement et/ou prestation pour soins payée ou payable. Toute diminution du montant de la couverture Chèque-vie entraînera une réduction du montant de remboursement des primes au titre de cette couverture.

## Et si je deviens invalide?

Si vous devenez totalement invalide avant l'anniversaire contractuel le plus proche de vos 60 ans, nous paierons les primes Chèque-vie à votre place dans la mesure où vous avez souscrit la garantie Exonération des primes en cas d'invalidité.

Cette garantie est offerte avec les contrats sur une tête et avec les contrats sur plusieurs têtes. S'il s'agit d'un contrat sur plusieurs têtes et si la demande d'exonération est acceptée, toutes les personnes couvertes par le contrat sont exonérées des primes. La garantie est également offerte au payeur du contrat, même s'il n'a pas d'autre couverture.

## Existe-t-il une couverture Chèque-vie pour les enfants?

Personne ne peut imaginer que son enfant pourrait tomber malade. Mais cela arrive. Dans ce cas, le rétablissement de votre enfant sera votre priorité. Vous ferez donc tout ce que vous pourrez pour être à ses côtés et vous assurer qu'on lui donne les meilleurs conseils et soins médicaux possibles. Chèque-vie pourrait alors vous être utile. Une prestation Chèque-vie peut en effet éliminer vos préoccupations financières et vous permettre de vous concentrer sur ce qui est réellement important : aider votre enfant à se rétablir.

La garantie Chèque-vie des enfants prévoit le versement de la prestation lorsque le diagnostic de l'une des affections suivantes\* est posé chez l'enfant (et que celui-ci accomplit la période d'attente initiale) :

- Anémie aplastique
- Cancer (mettant la vie en danger)
- Cécité
- Défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe
- Dystrophie musculaire
- Fibrose kystique
- Greffe d'un organe vital
- Infirmité motrice cérébrale
- Insuffisance rénale
- Méningite purulente
- Paralysie
- Perte de l'usage de la parole
- Surdité
- Syndrome de Down
- Troubles cardiaques congénitaux

\* Vous trouverez dans votre contrat une description détaillée de la couverture que vous aurez choisie. Des restrictions s'appliquent et, dans certains cas, la période d'attente est supérieure à 30 jours. Votre conseiller pourra vous donner plus de précisions à ce sujet.

## Qui peut être couvert par la garantie Chèque-vie des enfants?

Les enfants âgés de 15 jours à 17 ans inclusivement, dont le père ou la mère est couvert par Chèque-vie. Le père ou la mère doit avoir entre 18 et 55 ans.

La garantie complémentaire Chèque-vie des enfants couvre tous les enfants qui sont nommés dans la proposition et que nous avons acceptés lors de l'établissement de la garantie, y compris les enfants adoptés et les beaux-fils ou les belles-filles (des renseignements médicaux sont exigés). Tous les futurs enfants par le sang (nés après la date de signature de la proposition afférente à cette garantie) sont également couverts sans autres renseignements médicaux. Des restrictions s'appliquent aux enfants qui ne survivent pas au moins 30 jours après leur naissance et aux enfants nés au cours des 10 mois suivant l'établissement de la garantie ou la date de la dernière remise en vigueur\*.

## Quel est le montant de couverture offert?

C'est vous qui décidez du montant de couverture approprié. La garantie Chèque-vie des enfants est offerte en tranches de 5 000 \$. Vous pouvez souscrire de 5 000 \$ jusqu'à 100 000 \$ de couverture à condition que celle-ci ne dépasse pas 50 % du montant de la couverture du père ou de la mère.

## Est-ce que c'est cher?

Non. La garantie coûte 50 \$ par année pour chaque tranche de couverture de 5 000 \$ et couvre tous vos enfants comme il est indiqué ci-dessus.

## Quelle est la durée de la couverture pour chaque enfant?

Chacun de vos enfants peut être assuré maintenant et dans l'avenir. La couverture demeure en vigueur dans le cadre du contrat des parents assurés jusqu'au 21<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'enfant ou jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du père ou de la mère assuré, selon ce qui survient en premier. Si le parent assuré décède ou touche la prestation Chèque-vie avant l'expiration de cette garantie, le paiement des primes cesse, mais la couverture demeure en vigueur sur la tête de chaque enfant jusqu'à son 21<sup>e</sup> anniversaire.

Vous souhaitez que votre enfant soit couvert au-delà de ses 21 ans? Aucun problème. L'Option d'assurabilité – Maladies graves permet aux parents de demander une couverture maladies graves distincte pour chaque enfant avant ses 21 ans, sans tarification complète\*.

Pour de plus amples renseignements, communiquez  
avec votre conseiller ou visitez le site [manuvie.ca](http://manuvie.ca)



Chèque-vie est une marque de commerce déposée de Manuvie (La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers). Les services du Navigateur Santé<sup>MD</sup> sont fournis par WorldCare Inc. WorldCare et WorldCare Consortium sont des marques déposées de WorldCare Limited, utilisées sous licence. Les noms Manuvie et Assurance Manuvie, le logo qui les accompagne, les quatre cubes et les mots « solide, fiable, sûre, avant-gardiste » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

MK1389F 07/18 AODA