

## Avenant d'assurance contre la maladie grave – Prestation du vivant à 10 ans

Le présent avenant est ajouté à la police et en fait partie intégrante. Les termes qui y sont définis, les conditions et autres dispositions de la police s'appliquent au présent avenant, sauf si celui-ci en dispose autrement. Le capital assuré de l'avenant d'assurance contre la maladie grave - Prestation du vivant à 10 ans et les prélèvements mensuels pour le présent avenant sont indiqués aux pages de renseignements sur la police ou dans un avenant annexé à la police.

### DÉFINITIONS

Par **Maladie grave**, nous entendons une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale définie dans la police à la rubrique des troubles médicaux couverts du présent avenant. Aucune prestation ne sera versée pour une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale qui ne sont pas définis par à la rubrique des troubles médicaux couverts par le présent avenant. Le diagnostic doit être posé et le traitement de toute trouble médical couvert doit être dispensé par un spécialiste.

Par **Prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave**, nous entendons le capital assuré prévu à la page des renseignements sur la police. Cette prestation n'est versée qu'une fois, consécutivement à une maladie grave, sous réserve des conditions et autres dispositions stipulées au présent avenant.

Si la prestation d'assurance contre la maladie grave est payée en raison d'une maladie grave, la police est alors résiliée. La prestation d'assurance contre la maladie grave n'est pas versée en raison d'une autre maladie, d'un trouble ou d'une intervention chirurgicale et ni du décès de la personne assurée.

La **Date d'assurance**, telle qu'indiquée à la page des renseignements sur la police correspond à la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Le **Diagnostic** couvert par le présent avenant doit être conforme à la définition du trouble médical couvert tel que décrit dans le présent avenant.

Par **Date d'expiration**, nous entendons la date d'expiration, telle qu'elle apparaît à la page de renseignements sur la police, et qui est la date à laquelle l'assurance prévue par le présent avenant expire.

Par **Personne assurée**, nous entendons la personne assurée en vertu du présent avenant, telle qu'elle apparaît à la page de renseignements sur la police.

Le **Maintien artificiel des fonctions vitales** signifie que la personne assurée est sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardée en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

Par **Médecin autorisé**, nous entendons un médecin qui détient un permis d'exercice et qui pratique la médecine ou la chirurgie au Canada ou aux États-Unis (ou dans toute autre juridiction approuvée par nous). Le médecin ne doit être ni la personne assurée, ni le titulaire de la police, ni un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire ou de la personne assurée.

Un **Spécialiste** est un médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec le trouble médical couvert pour lequel la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, un trouble médical peut être diagnostiqué par un médecin qualifié pratiquant tant au Canada qu'aux États-Unis d'Amérique. Le terme spécialiste inclut, entre autres, tout : cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste ne peut pas être la personne assurée, le titulaire de la police, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.

Tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux conditions requises doivent être accomplis par un médecin autorisé qui n'est pas le titulaire de la police, la personne assurée, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.

Par **Intervention chirurgicale**, nous entendons une intervention chirurgicale pratiquée par un spécialiste.

La **période de survie** fait référence à la période qui débute à la date du diagnostic du trouble médical couvert et qui se termine 30 jours consécutifs suivant la date du diagnostic du trouble médical couvert. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas être sur maintien artificiel des fonctions vitales.

Pour tous les troubles médicaux couverts qui ont une période de qualification, la période de survie court de façon conjointe avec la période de qualification.

SPECIMEN

## **GARANTIES**

### **Prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave**

Pendant que le présent avenant est en vigueur, la prestation d'assurance contre la maladie grave est payable à la personne assurée en vertu du présent avenant dès le premier diagnostic d'un des troubles médicaux couverts et après l'écoulement du délai de survie de 30 jours, tel que stipulé par le contrat à la rubrique des troubles médicaux couverts, sous réserve des conditions et autres dispositions du présent avenant. Le versement de la prestation d'assurance contre la maladie grave est réputé constituer le règlement complet et final de toutes les demandes de règlement en vertu du présent avenant.

### **Prestation de dépistage précoce**

Pendant que la présente avenant est en vigueur, la prestation de dépistage précoce est payable au titulaire dès le premier diagnostic d'un des troubles médicaux couverts et après l'écoulement du délai de survie de 30 jours, tel que stipulé à la rubrique des troubles médicaux couverts, sous réserve des conditions et autres dispositions de la présente police. Le versement de la prestation de dépistage précoce est réputé constituer le règlement complet et final de toutes les demandes de règlement en vertu de la présente prestation.

La prestation de dépistage précoce versée correspond à la moindre des sommes suivantes :

- a) 15 % du capital assuré prévu par l'avenant en vigueur à ce moment; ou
- b) 50 000 \$.

La prestation de dépistage précoce n'est payable qu'une seule fois au diagnostic de l'un des troubles médicaux couverts par la prestation de dépistage précoce. Si la présente police a été établie à la suite d'une transformation et la prestation de dépistage précoce avait été versée en vertu de la police originelle, la prestation de dépistage précoce ne sera pas versée en vertu de la présente police.

Si la prestation de dépistage précoce est versée, les primes de l'avenant la prestation d'assurance contre la maladie grave ne sont pas réduites.

### **Garantie d'assistance pour soins intensifs**

Sur réception d'un diagnostic d'un trouble médical couvert et moyennant le consentement de la personne assurée, le dossier médical de ladite personne assurée sera examiné par un médecin indépendant autorisé. Nous ferons ensuite parvenir à la personne assurée un résumé écrit de l'analyse effectuée sur le trouble dont elle souffre par un médecin spécialisé traitant ce genre de trouble. BMO Société d'assurance-vie pourrait prendre une entente avec un tiers indépendant pour offrir cette garantie et pourrait de temps à autre changer de fournisseur de services sans préavis.

La garantie d'assistance pour soins intensifs est également offerte à tous les membres de la proche famille, au conjoint et aux enfants à charge (âgés de moins de 18 ans) et prévoit le versement d'une seule prestation (pour l'ensemble des membres de la proche famille) pour tous les troubles médicaux couverts. La personne assurée ne deviendra pas inadmissible à la garantie d'assistance pour soins intensifs si l'un des membres de la proche famille choisit d'utiliser la garantie d'assistance pour soins intensifs.

Les membres de la proche famille qui souffrent de troubles médicaux préexistants seront inadmissibles à la garantie d'assistance pour soins intensifs dans le cas des troubles médicaux en question. Par trouble médical préexistant, nous entendons tout trouble médical diagnostiqué ou pour lequel la personne assurée, son conjoint ou ses enfants à charge ont reçu des conseils ou des soins médicaux dans les 12 mois précédant la date d'assurance du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur.

## **DROIT DE RENOUVELLEMENT DE L'AVENANT**

Si le présent avenant est en vigueur à la fin de chaque période de paiement des primes de dix ans et ce, tel qu'indiqué aux pages de renseignements sur la police, l'avenant sera automatiquement renouvelé sans preuve d'assurabilité de la personne assurée, jusqu'à ce que le présent avenant soit résilié, à condition que la prime de renouvellement pour la prochaine période soit payée lorsqu'elle viendra à échéance.

Les primes pour le présent avenant augmenteront à tous les dix ans, tel qu'indiqué aux pages de renseignements sur la police.

## DROIT DE TRANSFORMATION DE L'AVENANT

La présente avenant peut être transformée en totalité ou en partie, sans justification d'assurabilité de la personne assurée, en une police contre la maladie grave Prestation du vivant à 75 ans ou en une police contre la maladie grave Prestation du vivant à 100 ans, sous réserve des dispositions suivantes :

- 1) La présente avenant doit être en vigueur au moment de la transformation.
- 2) Le titulaire doit présenter une demande de transformation avant que la personne assurée n'atteigne l'âge d'assurance de 60 ans.
- 3) La nouvelle police prévoit de l'assurance pour les mêmes troubles médicaux que ceux couverts par l'avenant initiale. Si la prestation de dépistage précoce a été versée en vertu de l'avenant police originelle, la police de transformation ne sera pas assortie de la prestation de dépistage précoce puisque cette prestation n'est payable qu'une seule fois.
- 4) Le montant de capital assuré de la police transformée doit être égal ou moindre que le montant de capital assuré de la police en vigueur à la date de la transformation. Lorsque l'avenant est transformée en partie, le capital assuré de chaque police transformée et cette avenant doit correspondre au montant minimal assuré pour chaque police.
- 5) La police transformée sera établie en fonction de l'âge de la personne assurée à la date de la transformation. Les primes à la date d'établissement de la police transformée seront également basées sur les taux inférieurs initiaux, le cas échéant, étant garantis d'être les taux de la police contre la maladie grave admissibles en vigueur à la date d'établissement du présent avenant.
- 6) La nouvelle prime ne doit pas être inférieure à la prime minimale exigée par la Compagnie relativement au mode de paiement retenu.

## TROUBLES MÉDICAUX COUVERTS

Dans le présent avenant, par **Maladie grave** ouvrant droit à la prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave, nous entendons uniquement les troubles médicaux couverts suivants tels que définis ci-dessous.

**Accident vasculaire cérébral** est défini comme le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 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 ce trouble médical dans les cas suivants :

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

**Anémie aplasique** est définie comme le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie 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 posé par un spécialiste.

**Cancer (mettant la vie en danger)** est défini comme le diagnostic définitif 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.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police ou la date d'entrée en vigueur du présent avenant, ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le présent avenant), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le présent avenant).

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

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, delimites (« borderline ») 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.

Aux fins de la police, 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 de la police, 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).

**Cécité** est définie comme le 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 de l'aorte** est définie comme l'intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme aorte s'entend de l'aorte thoracique et 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 ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcatéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Coma** est défini comme le 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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 respecte pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

**Démence, y compris maladie d'Alzheimer** est définie comme le diagnostic définitif de démence, caractérisée par la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'assuré doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

*Aux fins de la police, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.*

**Infection au VIH dans le cadre de l'occupation** est définie comme le 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 plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant ou la date d'entrée en vigueur 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 d'Amérique;
- 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 d'Amérique.

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

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 le 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 de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques**

**Maladie de Parkinson** est définie comme le diagnostic définitif de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire; ou
- tremblement de repos.

L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

**Syndrome parkinsonien atypique** est défini comme le diagnostic définitif de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue.

**Exclusions** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical pour tout autre type de parkinsonisme.

### **Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques – Période d'exclusion**

Aucune prestation ne sera payable à titre de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant, ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

**Maladie du neurone moteur** est définie comme le 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 le 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 ce trouble médical 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 le diagnostic définitif d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 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 :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- 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 raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

**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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical 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.

**Pontage aortocoronarien** est défini comme l'intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque** est défini comme l'intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Sclérose en plaques** est définie comme le 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  tats-Unis d'Amérique 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 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 des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de 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.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

## Troubles médicaux couverts au titre de la Prestation de dépistage précoce

Dans le présent avenant, les termes **dépistage précoce** pour lesquels une prestation de dépistage précoce est payable incluent seulement les troubles médicaux couverts suivants, tel que défini ci-après :

**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.

**Cancer de la peau au stade précoce** est défini comme un mélanome malin superficiel d'une profondeur de 1,0 millimètre ou moins à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer de la prostate au stade précoce** est défini comme un cancer de la prostate de stade pathologique T1A ou T1B, sans nœuds lymphoïdes ou métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer de la thyroïde au stade précoce** est défini comme un 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 confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer du sang au stade précoce** est défini comme une leucémie lymphoïde à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai, confirmé par des tests sanguins appropriés et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer du sein au stade précoce** est défini comme un carcinome canalaire in situ au sein confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer intestinal au stade précoce** est défini comme des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

*Aux fins de la police, 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).*

*Aux fins de la police, 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 (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).*

### Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la prestation de dépistage précoce si :

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

- la date d'entrée en vigueur de la police, ou
- la date d'établissement du présent avenant, ou
- la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur de la police,

la personne assurée :

- a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic d'un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce, sans égard à la date du diagnostic,
- a fait l'objet d'un diagnostic de trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce.

Vous devez rapporter les renseignements médicaux précisés ci-dessus à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas ces renseignements, la compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou pour toute maladie grave causée par un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou par son traitement.

## EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

Ces exclusions et limites générales s'appliquent de façon additionnelle aux exclusions particulières stipulées à la section troubles médicaux couverts de cette avenant.

### **Exclusions pour la prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave et la prestation de dépistage précoce :**

Aucune prestation d'assurance contre la maladie grave ou pour dépistage précoce n'est payable si la maladie grave ou le dépistage précoce est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Une blessure infligée volontairement ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
- b) Un délit criminel ou une tentative de commettre un délit criminel au Canada ou à l'étranger et ce, en vertu de la loi en vigueur dans la juridiction où le délit a été commis.
- c) La consommation de drogues, de substances toxiques, intoxicantes (y compris l'alcool) ou de stupéfiants autres que ceux prescrits et administrés par un médecin autorisé ou sous ses directives.
- d) La guerre ou les faits de guerre, que la guerre soit déclarée ou non.
- e) La conduite d'un véhicule automobile sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec un taux d'alcoolémie supérieur aux limites légales, telles que définies au Code criminel.

### **Aucune prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave ou le dépistage précoce ne sera versée si :**

- La personne assurée décède avant la fin du délai de survie.

### **Maladie grave ou dépistage précoce à l'extérieur du Canada**

Si une maladie grave ou dépistage précoce survient ou est diagnostiqué à l'extérieur du Canada, la prestation ne sera payable que si **toutes** les conditions suivantes sont respectées

- a) Tous les dossiers médicaux sont remis à la Compagnie.
- b) À la lumière de ces dossiers médicaux, la Compagnie est convaincue que :
  - i) le même diagnostic aurait été posé si la maladie grave ou l'accident seraient survenus au Canada;
  - ii) un traitement immédiat aurait été prescrit en vertu des normes canadiennes; et
  - iii) le même schéma thérapeutique aurait été prescrit si le traitement avait eu lieu au Canada.
- c) Si la Compagnie l'exige, la personne assurée doit subir un examen médical indépendant effectué par un médecin autorisé désigné par la Compagnie. En cas d'intervention chirurgicale non urgente, ledit examen doit être effectué avant l'intervention chirurgicale.

## DEMANDES DE RÈGLEMENT

Toute demande de règlement sera payée une fois que la Compagnie aura reçu des pièces justificatives conformes à ses exigences attestant des suivantes :

- a) Une preuve de la date de naissance de la personne assurée.
- b) Un premier diagnostic d'une maladie grave ou de dépistage précoce, posé par un spécialiste, basé sur des résultats cliniques, radiologiques, histologiques et de laboratoire et qui doit comprendre une déclaration attestant de la date à laquelle le premier diagnostic a été posé;

Nous nous réservons le droit de faire examiner la personne assurée et d'exiger une confirmation du diagnostic de dépistage précoce ou de maladie grave ou d'intervention chirurgicale par le spécialiste de notre choix.

### Résiliation de l'avenant

Le présent avenant sera résilié dès que surviendra l'un des événements suivants :

- a) la date lors de laquelle la Compagnie reçoit une demande écrite de résiliation du présent avenant de la part du titulaire;
- b) le décès de la personne assurée en vertu du présent avenant;
- c) la police ou le présent avenant tombe en déchéance en raison d'une prime qui demeure en souffrance après l'expiration du délai de grâce;
- d) lors de la résiliation de la police à laquelle est joint le présent avenant;
- e) le versement intégral de la prestation d'assurance contre la maladie grave;
- f) la date d'expiration, telle qu'indiqué à la page des renseignements sur la police.

## Avenant d'assurance contre la maladie grave – Prestation du vivant à 20 ans

Le présent avenant est ajouté à la police et en fait partie intégrante. Les termes qui y sont définis, les conditions et autres dispositions de la police s'appliquent au présent avenant, sauf si celui-ci en dispose autrement. Le capital assuré de l'avenant d'assurance contre la maladie grave - Prestation du vivant à 20 ans et les prélèvements mensuels pour le présent avenant sont indiqués aux pages de renseignements sur la police ou dans un avenant annexé à la police.

### DÉFINITIONS

Par **Maladie grave**, nous entendons une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale définie dans la police à la rubrique des troubles médicaux couverts du présent avenant. Aucune prestation ne sera versée pour une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale qui ne sont pas définis par à la rubrique des troubles médicaux couverts par le présent avenant. Le diagnostic doit être posé et le traitement de toute trouble médical couvert doit être dispensé par un spécialiste.

Par **Prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave**, nous entendons le capital assuré prévu à la page des renseignements sur la police. Cette prestation n'est versée qu'une fois, consécutivement à une maladie grave, sous réserve des conditions et autres dispositions stipulées au présent avenant.

Si la prestation d'assurance contre la maladie grave est payée en raison d'une maladie grave, la police est alors résiliée. La prestation d'assurance contre la maladie grave n'est pas versée en raison d'une autre maladie, d'un trouble ou d'une intervention chirurgicale et ni du décès de la personne assurée.

La **Date d'assurance**, telle qu'indiquée à la page des renseignements sur la police correspond à la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Le **Diagnostic** couvert par le présent avenant doit être conforme à la définition du trouble médical couvert tel que décrit dans le présent avenant.

Par **Date d'expiration**, nous entendons la date d'expiration, telle qu'elle apparaît à la page de renseignements sur la police, et qui est la date à laquelle l'assurance prévue par le présent avenant expire.

Par **Personne assurée**, nous entendons la personne assurée en vertu du présent avenant, telle qu'elle apparaît à la page de renseignements sur la police.

Le **Maintien artificiel des fonctions vitales** signifie que la personne assurée est sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardée en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

Par **Médecin autorisé**, nous entendons un médecin qui détient un permis d'exercice et qui pratique la médecine ou la chirurgie au Canada ou aux États-Unis (ou dans toute autre juridiction approuvée par nous). Le médecin ne doit être ni la personne assurée, ni le titulaire de la police, ni un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire ou de la personne assurée.

Un **Spécialiste** est un médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec le trouble médical couvert pour lequel la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, un trouble médical peut être diagnostiqué par un médecin qualifié pratiquant tant au Canada qu'aux États-Unis d'Amérique. Le terme spécialiste inclut, entre autres, tout : cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste ne peut pas être la personne assurée, le titulaire de la police, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.

Tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux conditions requises doivent être accomplis par un médecin autorisé qui n'est pas le titulaire de la police, la personne assurée, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.

Par **Intervention chirurgicale**, nous entendons une intervention chirurgicale pratiquée par un spécialiste.

La **période de survie** fait référence à la période qui débute à la date du diagnostic du trouble médical couvert et qui se termine 30 jours consécutifs suivant la date du diagnostic du trouble médical couvert. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas être sur maintien artificiel des fonctions vitales.

Pour tous les troubles médicaux couverts qui ont une période de qualification, la période de survie court de façon conjointe avec la période de qualification.

SPECIMEN

## **GARANTIES**

### **Prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave**

Pendant que le présent avenant est en vigueur, la prestation d'assurance contre la maladie grave est payable à la personne assurée en vertu du présent avenant dès le premier diagnostic d'un des troubles médicaux couverts et après l'écoulement du délai de survie de 30 jours, tel que stipulé par le contrat à la rubrique des troubles médicaux couverts, sous réserve des conditions et autres dispositions du présent avenant. Le versement de la prestation d'assurance contre la maladie grave est réputé constituer le règlement complet et final de toutes les demandes de règlement en vertu du présent avenant.

### **Prestation de dépistage précoce**

Pendant que la présente avenant est en vigueur, la prestation de dépistage précoce est payable au titulaire dès le premier diagnostic d'un des troubles médicaux couverts et après l'écoulement du délai de survie de 30 jours, tel que stipulé à la rubrique des troubles médicaux couverts, sous réserve des conditions et autres dispositions de la présente police. Le versement de la prestation de dépistage précoce est réputé constituer le règlement complet et final de toutes les demandes de règlement en vertu de la présente prestation.

La prestation de dépistage précoce versée correspond à la moindre des sommes suivantes :

- a) 15 % du capital assuré prévu par l'avenant en vigueur à ce moment; ou
- b) 50 000 \$.

La prestation de dépistage précoce n'est payable qu'une seule fois au diagnostic de l'un des troubles médicaux couverts par la prestation de dépistage précoce. Si la présente police a été établie à la suite d'une transformation et la prestation de dépistage précoce avait été versée en vertu de la police originelle, la prestation de dépistage précoce ne sera pas versée en vertu de la présente police.

Si la prestation de dépistage précoce est versée, les primes de l'avenant la prestation d'assurance contre la maladie grave ne sont pas réduites.

### **Garantie d'assistance pour soins intensifs**

Sur réception d'un diagnostic d'un trouble médical couvert et moyennant le consentement de la personne assurée, le dossier médical de ladite personne assurée sera examiné par un médecin indépendant autorisé. Nous ferons ensuite parvenir à la personne assurée un résumé écrit de l'analyse effectuée sur le trouble dont elle souffre par un médecin spécialisé traitant ce genre de trouble. BMO Société d'assurance-vie pourrait prendre une entente avec un tiers indépendant pour offrir cette garantie et pourrait de temps à autre changer de fournisseur de services sans préavis.

La garantie d'assistance pour soins intensifs est également offerte à tous les membres de la proche famille, au conjoint et aux enfants à charge (âgés de moins de 18 ans) et prévoit le versement d'une seule prestation (pour l'ensemble des membres de la proche famille) pour tous les troubles médicaux couverts. La personne assurée ne deviendra pas inadmissible à la garantie d'assistance pour soins intensifs si l'un des membres de la proche famille choisit d'utiliser la garantie d'assistance pour soins intensifs.

Les membres de la proche famille qui souffrent de troubles médicaux préexistants seront inadmissibles à la garantie d'assistance pour soins intensifs dans le cas des troubles médicaux en question. Par trouble médical préexistant, nous entendons tout trouble médical diagnostiqué ou pour lequel la personne assurée, son conjoint ou ses enfants à charge ont reçu des conseils ou des soins médicaux dans les 12 mois précédant la date d'assurance du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur.

## **DROIT DE RENOUVELLEMENT DE L'AVENANT**

Si le présent avenant est en vigueur à la fin de chaque période de paiement des primes de vingt ans et ce, tel qu'indiqué aux pages de renseignements sur la police, l'avenant sera automatiquement renouvelé sans preuve d'assurabilité de la personne assurée, jusqu'à ce que le présent avenant soit résilié, à condition que la prime de renouvellement pour la prochaine période soit payée lorsqu'elle viendra à échéance.

Les primes pour le présent avenant augmenteront à tous les vingt ans, tel qu'indiqué aux pages de renseignements sur la police.



## DROIT DE TRANSFORMATION DE L'AVENANT

La présente avenant peut être transformée en totalité ou en partie, sans justification d'assurabilité de la personne assurée, en une police contre la maladie grave Prestation du vivant à 75 ans ou en une police contre la maladie grave Prestation du vivant à 100 ans, sous réserve des dispositions suivantes :

- 1) La présente avenant doit être en vigueur au moment de la transformation.
- 2) Le titulaire doit présenter une demande de transformation avant que la personne assurée n'atteigne l'âge d'assurance de 60 ans.
- 3) La nouvelle police prévoit de l'assurance pour les mêmes troubles médicaux que ceux couverts par l'avenant initiale. Si la prestation de dépistage précoce a été versée en vertu de l'avenant police originelle, la police de transformation ne sera pas assortie de la prestation de dépistage précoce puisque cette prestation n'est payable qu'une seule fois.
- 4) Le montant de capital assuré de la police transformée doit être égal ou moindre que le montant de capital assuré de la police en vigueur à la date de la transformation. Lorsque l'avenant est transformée en partie, le capital assuré de chaque police transformée et cette avenant doit correspondre au montant minimal assuré pour chaque police.
- 5) La police transformée sera établie en fonction de l'âge de la personne assurée à la date de la transformation. Les primes à la date d'établissement de la police transformée seront également basées sur les taux inférieurs initiaux, le cas échéant, étant garantis d'être les taux de la police contre la maladie grave admissibles en vigueur à la date d'établissement du présent avenant.
- 6) La nouvelle prime ne doit pas être inférieure à la prime minimale exigée par la Compagnie relativement au mode de paiement retenu.

## TROUBLES MÉDICAUX COUVERTS

Dans le présent avenant, par **Maladie grave** ouvrant droit à la prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave, nous entendons uniquement les troubles médicaux couverts suivants tels que définis ci-dessous.

**Accident vasculaire cérébral** est défini comme le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 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 ce trouble médical dans les cas suivants :

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

**Anémie aplasique** est définie comme le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie 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 posé par un spécialiste.

**Cancer (mettant la vie en danger)** est défini comme le diagnostic définitif 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.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police ou la date d'entrée en vigueur du présent avenant, ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le présent avenant), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le présent avenant).

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

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, delimites (« borderline ») 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.

Aux fins de la police, 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 de la police, 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).

**Cécité** est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux mise en évidence par :

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

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste.

**Chirurgie de l'aorte** est définie comme l'intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme aorte s'entend de l'aorte thoracique et 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 ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcatéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Coma** est défini comme le 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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 :

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

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

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 respecte pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

**Démence, y compris maladie d'Alzheimer** est définie comme le diagnostic définitif de démence, caractérisée par la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'assuré doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

*Aux fins de la police, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.*

**Infection au VIH dans le cadre de l'occupation** est définie comme le 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 plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant ou la date d'entrée en vigueur 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 d'Amérique;
- 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 d'Amérique.

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

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 le 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 de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques**

**Maladie de Parkinson** est définie comme le diagnostic définitif de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire; ou
- tremblement de repos.

L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

**Syndrome parkinsonien atypique** est défini comme le diagnostic définitif de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue.

**Exclusions** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical pour tout autre type de parkinsonisme.

### **Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques – Période d'exclusion**

Aucune prestation ne sera payable à titre de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant, ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

**Maladie du neurone moteur** est définie comme le 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 le 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 ce trouble médical 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 le diagnostic définitif d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 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 :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- 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 raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

**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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical 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.

**Pontage aortocoronarien** est défini comme l'intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque** est défini comme l'intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Sclérose en plaques** est définie comme le 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'ou ie 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  tats-Unis d'Amérique 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 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 des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de 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.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

## Troubles médicaux couverts au titre de la Prestation de dépistage précoce

Dans le présent avenant, les termes **dépistage précoce** pour lesquels une prestation de dépistage précoce est payable incluent seulement les troubles médicaux couverts suivants, tel que défini ci-après :

**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.

**Cancer de la peau au stade précoce** est défini comme un mélanome malin superficiel d'une profondeur de 1,0 millimètre ou moins à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer de la prostate au stade précoce** est défini comme un cancer de la prostate de stade pathologique T1A ou T1B, sans nœuds lymphoïdes ou métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer de la thyroïde au stade précoce** est défini comme un 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 confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer du sang au stade précoce** est défini comme une leucémie lymphoïde à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai, confirmé par des tests sanguins appropriés et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer du sein au stade précoce** est défini comme un carcinome canalaire in situ au sein confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer intestinal au stade précoce** est défini comme des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

*Aux fins de la police, 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).*

*Aux fins de la police, 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 (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).*

### Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la prestation de dépistage précoce si :

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

- la date d'entrée en vigueur de la police, ou
- la date d'établissement du présent avenant, ou
- la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur de la police,

la personne assurée :

- a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic d'un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce, sans égard à la date du diagnostic,
- a fait l'objet d'un diagnostic de trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce.

Vous devez rapporter les renseignements médicaux précisés ci-dessus à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas ces renseignements, la compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou pour toute maladie grave causée par un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou par son traitement.



## EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

Ces exclusions et limites générales s'appliquent de façon additionnelle aux exclusions particulières stipulées à la section troubles médicaux couverts de cette avenant.

### **Exclusions pour la prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave et la prestation de dépistage précoce :**

Aucune prestation d'assurance contre la maladie grave ou pour dépistage précoce n'est payable si la maladie grave ou le dépistage précoce est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Une blessure infligée volontairement ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
- b) Un délit criminel ou une tentative de commettre un délit criminel au Canada ou à l'étranger et ce, en vertu de la loi en vigueur dans la juridiction où le délit a été commis.
- c) La consommation de drogues, de substances toxiques, intoxicantes (y compris l'alcool) ou de stupéfiants autres que ceux prescrits et administrés par un médecin autorisé ou sous ses directives.
- d) La guerre ou les faits de guerre, que la guerre soit déclarée ou non.
- e) La conduite d'un véhicule automobile sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec un taux d'alcoolémie supérieur aux limites légales, telles que définies au Code criminel.

### **Aucune prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave ou le dépistage précoce ne sera versée si :**

- La personne assurée décède avant la fin du délai de survie.

### **Maladie grave ou dépistage précoce à l'extérieur du Canada**

Si une maladie grave ou dépistage précoce survient ou est diagnostiqué à l'extérieur du Canada, la prestation ne sera payable que si **toutes** les conditions suivantes sont respectées

- a) Tous les dossiers médicaux sont remis à la Compagnie.
- b) À la lumière de ces dossiers médicaux, la Compagnie est convaincue que :
  - i) le même diagnostic aurait été posé si la maladie grave ou l'accident seraient survenus au Canada;
  - ii) un traitement immédiat aurait été prescrit en vertu des normes canadiennes; et
  - iii) le même schéma thérapeutique aurait été prescrit si le traitement avait eu lieu au Canada.
- c) Si la Compagnie l'exige, la personne assurée doit subir un examen médical indépendant effectué par un médecin autorisé désigné par la Compagnie. En cas d'intervention chirurgicale non urgente, ledit examen doit être effectué avant l'intervention chirurgicale.

## DEMANDES DE RÈGLEMENT

Toute demande de règlement sera payée une fois que la Compagnie aura reçu des pièces justificatives conformes à ses exigences attestant des suivantes :

- a) Une preuve de la date de naissance de la personne assurée.
- b) Un premier diagnostic d'une maladie grave ou de dépistage précoce, posé par un spécialiste, basé sur des résultats cliniques, radiologiques, histologiques et de laboratoire et qui doit comprendre une déclaration attestant de la date à laquelle le premier diagnostic a été posé;

Nous nous réservons le droit de faire examiner la personne assurée et d'exiger une confirmation du diagnostic de dépistage précoce ou de maladie grave ou d'intervention chirurgicale par le spécialiste de notre choix.

### Résiliation de l'avenant

Le présent avenant sera résilié dès que surviendra l'un des événements suivants :

- a) la date lors de laquelle la Compagnie reçoit une demande écrite de résiliation du présent avenant de la part du titulaire;
- b) le décès de la personne assurée en vertu du présent avenant;
- c) la police ou le présent avenant tombe en déchéance en raison d'une prime qui demeure en souffrance après l'expiration du délai de grâce;
- d) lors de la résiliation de la police à laquelle est joint le présent avenant;
- e) le versement intégral de la prestation d'assurance contre la maladie grave;
- f) la date d'expiration, telle qu'indiqué à la page des renseignements sur la police.

## Avenant d'assurance contre la maladie grave – Prestation du vivant à 75 ans

Le présent avenant est ajouté à la police et en fait partie intégrante. Les termes qui y sont définis, les conditions et autres dispositions de la police s'appliquent au présent avenant, sauf si celui-ci en dispose autrement. Le capital assuré de l'avenant d'assurance contre la maladie grave - Prestation du vivant à 75 ans et les prélèvements mensuels pour le présent avenant sont indiqués aux pages de renseignements sur la police ou dans un avenant annexé à la police.

### DÉFINITIONS

Par **Maladie grave**, nous entendons une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale définie dans la police à la rubrique des troubles médicaux couverts du présent avenant. Aucune prestation ne sera versée pour une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale qui ne sont pas définis par à la rubrique des troubles médicaux couverts par le présent avenant. Le diagnostic doit être posé et le traitement de toute trouble médical couvert doit être dispensé par un spécialiste.

Par **Prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave**, nous entendons le capital assuré prévu à la page des renseignements sur la police. Cette prestation n'est versée qu'une fois, consécutivement à une maladie grave, sous réserve des conditions et autres dispositions stipulées au présent avenant.

Si la prestation d'assurance contre la maladie grave est payée en raison d'une maladie grave, la police est alors résiliée. La prestation d'assurance contre la maladie grave n'est pas versée en raison d'une autre maladie, d'un trouble ou d'une intervention chirurgicale et ni du décès de la personne assurée.

La **Date d'assurance**, telle qu'indiquée à la page des renseignements sur la police correspond à la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Le **Diagnostic** couvert par le présent avenant doit être conforme à la définition du trouble médical couvert tel que décrit dans le présent avenant.

Par **Date d'expiration**, nous entendons la date d'expiration, telle qu'elle apparaît à la page de renseignements sur la police, et qui est la date à laquelle l'assurance prévue par le présent avenant expire.

Par **Personne assurée**, nous entendons la personne assurée en vertu du présent avenant, telle qu'elle apparaît à la page de renseignements sur la police.

Le **Maintien artificiel des fonctions vitales** signifie que la personne assurée est sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardée en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

Par **Médecin autorisé**, nous entendons un médecin qui détient un permis d'exercice et qui pratique la médecine ou la chirurgie au Canada ou aux États-Unis (ou dans toute autre juridiction approuvée par nous). Le médecin ne doit être ni la personne assurée, ni le titulaire de la police, ni un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire ou de la personne assurée.

Un **Spécialiste** est un médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec le trouble médical couvert pour lequel la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, un trouble médical peut être diagnostiqué par un médecin qualifié pratiquant tant au Canada qu'aux États-Unis d'Amérique. Le terme spécialiste inclut, entre autres, tout : cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste ne peut pas être la personne assurée, le titulaire de la police, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.

Tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux conditions requises doivent être accomplis par un médecin autorisé qui n'est pas le titulaire de la police, la personne assurée, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.

Par **Intervention chirurgicale**, nous entendons une intervention chirurgicale pratiquée par un spécialiste.

La **période de survie** fait référence à la période qui débute à la date du diagnostic du trouble médical couvert et qui se termine 30 jours consécutifs suivant la date du diagnostic du trouble médical couvert. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas être sur maintien artificiel des fonctions vitales.

Pour tous les troubles médicaux couverts qui ont une période de qualification, la période de survie court de façon conjointe avec la période de qualification.

SPECIMEN

## **GARANTIES**

### **Prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave**

Pendant que le présent avenant est en vigueur, la prestation d'assurance contre la maladie grave est payable à la personne assurée en vertu du présent avenant dès le premier diagnostic d'un des troubles médicaux couverts et après l'écoulement du délai de survie de 30 jours, tel que stipulé par le contrat à la rubrique des troubles médicaux couverts, sous réserve des conditions et autres dispositions du présent avenant. Le versement de la prestation d'assurance contre la maladie grave est réputé constituer le règlement complet et final de toutes les demandes de règlement en vertu du présent avenant.

### **Prestation de dépistage précoce**

Pendant que la présente avenant est en vigueur, la prestation de dépistage précoce est payable au titulaire dès le premier diagnostic d'un des troubles médicaux couverts et après l'écoulement du délai de survie de 30 jours, tel que stipulé à la rubrique des troubles médicaux couverts, sous réserve des conditions et autres dispositions de la présente police. Le versement de la prestation de dépistage précoce est réputé constituer le règlement complet et final de toutes les demandes de règlement en vertu de la présente prestation.

La prestation de dépistage précoce versée correspond à la moindre des sommes suivantes :

- a) 15 % du capital assuré prévu par l'avenant en vigueur à ce moment; ou
- b) 50 000 \$.

La prestation de dépistage précoce n'est payable qu'une seule fois au diagnostic de l'un des troubles médicaux couverts par la prestation de dépistage précoce. Si la présente police a été établie à la suite d'une transformation et la prestation de dépistage précoce avait été versée en vertu de la police originelle, la prestation de dépistage précoce ne sera pas versée en vertu de la présente police.

Si la prestation de dépistage précoce est versée, les primes de l'avenant la prestation d'assurance contre la maladie grave ne sont pas réduites.

### **Garantie d'assistance pour soins intensifs**

Sur réception d'un diagnostic d'un trouble médical couvert et moyennant le consentement de la personne assurée, le dossier médical de ladite personne assurée sera examiné par un médecin indépendant autorisé. Nous ferons ensuite parvenir à la personne assurée un résumé écrit de l'analyse effectuée sur le trouble dont elle souffre par un médecin spécialisé traitant ce genre de trouble. BMO Société d'assurance-vie pourrait prendre une entente avec un tiers indépendant pour offrir cette garantie et pourrait de temps à autre changer de fournisseur de services sans préavis.

La garantie d'assistance pour soins intensifs est également offerte à tous les membres de la proche famille, au conjoint et aux enfants à charge (âgés de moins de 18 ans) et prévoit le versement d'une seule prestation (pour l'ensemble des membres de la proche famille) pour tous les troubles médicaux couverts. La personne assurée ne deviendra pas inadmissible à la garantie d'assistance pour soins intensifs si l'un des membres de la proche famille choisit d'utiliser la garantie d'assistance pour soins intensifs.

Les membres de la proche famille qui souffrent de troubles médicaux préexistants seront inadmissibles à la garantie d'assistance pour soins intensifs dans le cas des troubles médicaux en question. Par trouble médical préexistant, nous entendons tout trouble médical diagnostiqué ou pour lequel la personne assurée, son conjoint ou ses enfants à charge ont reçu des conseils ou des soins médicaux dans les 12 mois précédant la date d'assurance du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur.

SPECIMEN

## TROUBLES MÉDICAUX COUVERTS

Dans le présent avenant, par **Maladie grave** ouvrant droit à la prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave, nous entendons uniquement les troubles médicaux couverts suivants tels que définis ci-dessous.

**Accident vasculaire cérébral** est défini comme le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 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 ce trouble médical dans les cas suivants :

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

**Anémie aplasique** est définie comme le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un 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 posé par un spécialiste.

**Cancer (mettant la vie en danger)** est défini comme le diagnostic définitif 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.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police ou la date d'entrée en vigueur du présent avenant, ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le présent avenant), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le présent avenant).

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

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, delimites (« borderline ») 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.

Aux fins de la police, 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 de la police, 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).

**Cécité** est définie comme le 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 de l'aorte** est définie comme l'intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme aorte s'entend de l'aorte thoracique et 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 ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Coma** est défini comme le 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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 respecte pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

**Démence, y compris maladie d'Alzheimer** est définie comme le diagnostic définitif de démence, caractérisée par la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'assuré doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

*Aux fins de la police, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.*

**Infection au VIH dans le cadre de l'occupation** est définie comme le 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 plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant ou la date d'entrée en vigueur 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 d'Amérique;
- 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 d'Amérique.

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

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 le 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 de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques**

**Maladie de Parkinson** est définie comme le diagnostic définitif de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire; ou
- tremblement de repos.

L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

**Syndrome parkinsonien atypique** est défini comme le diagnostic définitif de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue.

**Exclusions** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical pour tout autre type de parkinsonisme.

### **Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques – Période d'exclusion**

Aucune prestation ne sera payable à titre de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant, ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

**Maladie du neurone moteur** est définie comme le 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 le 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 ce trouble médical 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 le diagnostic définitif d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 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 :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- 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 raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

**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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical 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.

**Pontage aortocoronarien** est défini comme l'intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque** est défini comme l'intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Sclérose en plaques** est définie comme le 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'ou ie 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  tats-Unis d'Amérique 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 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 des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de 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.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

## Troubles médicaux couverts au titre de la Prestation de dépistage précoce

Dans le présent avenant, les termes **dépistage précoce** pour lesquels une prestation de dépistage précoce est payable incluent seulement les troubles médicaux couverts suivants, tel que défini ci-après :

**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.

**Cancer de la peau au stade précoce** est défini comme un mélanome malin superficiel d'une profondeur de 1,0 millimètre ou moins à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer de la prostate au stade précoce** est défini comme un cancer de la prostate de stade pathologique T1A ou T1B, sans nœuds lymphoïdes ou métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer de la thyroïde au stade précoce** est défini comme un 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 confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer du sang au stade précoce** est défini comme une leucémie lymphoïde à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai, confirmé par des tests sanguins appropriés et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer du sein au stade précoce** est défini comme un carcinome canalaire in situ au sein confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer intestinal au stade précoce** est défini comme des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

*Aux fins de la police, 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).*

*Aux fins de la police, 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 (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).*

### Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la prestation de dépistage précoce si :

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

- la date d'entrée en vigueur de la police, ou
- la date d'établissement du présent avenant, ou
- la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur de la police,

la personne assurée :

- a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic d'un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce, sans égard à la date du diagnostic,
- a fait l'objet d'un diagnostic de trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce.

Vous devez rapporter les renseignements médicaux précisés ci-dessus à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas ces renseignements, la compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou pour toute maladie grave causée par un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou par son traitement.

## EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

Ces exclusions et limites générales s'appliquent de façon additionnelle aux exclusions particulières stipulées à la section troubles médicaux couverts de cette avenant.

### **Exclusions pour la prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave et la prestation de dépistage précoce :**

Aucune prestation d'assurance contre la maladie grave ou pour dépistage précoce n'est payable si la maladie grave ou le dépistage précoce est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Une blessure infligée volontairement ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
- b) Un délit criminel ou une tentative de commettre un délit criminel au Canada ou à l'étranger et ce, en vertu de la loi en vigueur dans la juridiction où le délit a été commis.
- c) La consommation de drogues, de substances toxiques, intoxicantes (y compris l'alcool) ou de stupéfiants autres que ceux prescrits et administrés par un médecin autorisé ou sous ses directives.
- d) La guerre ou les faits de guerre, que la guerre soit déclarée ou non.
- e) La conduite d'un véhicule automobile sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec un taux d'alcoolémie supérieur aux limites légales, telles que définies au Code criminel.

### **Aucune prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave ou le dépistage précoce ne sera versée si :**

- La personne assurée décède avant la fin du délai de survie.

### **Maladie grave ou dépistage précoce à l'extérieur du Canada**

Si une maladie grave ou dépistage précoce survient ou est diagnostiqué à l'extérieur du Canada, la prestation ne sera payable que si **toutes** les conditions suivantes sont respectées

- a) Tous les dossiers médicaux sont remis à la Compagnie.
- b) À la lumière de ces dossiers médicaux, la Compagnie est convaincue que :
  - i) le même diagnostic aurait été posé si la maladie grave ou l'accident seraient survenus au Canada;
  - ii) un traitement immédiat aurait été prescrit en vertu des normes canadiennes; et
  - iii) le même schéma thérapeutique aurait été prescrit si le traitement avait eu lieu au Canada.
- c) Si la Compagnie l'exige, la personne assurée doit subir un examen médical indépendant effectué par un médecin autorisé désigné par la Compagnie. En cas d'intervention chirurgicale non urgente, ledit examen doit être effectué avant l'intervention chirurgicale.

## DEMANDES DE RÈGLEMENT

Toute demande de règlement sera payée une fois que la Compagnie aura reçu des pièces justificatives conformes à ses exigences attestant des suivantes :

- a) Une preuve de la date de naissance de la personne assurée.
- b) Un premier diagnostic d'une maladie grave ou de dépistage précoce, posé par un spécialiste, basé sur des résultats cliniques, radiologiques, histologiques et de laboratoire et qui doit comprendre une déclaration attestant de la date à laquelle le premier diagnostic a été posé;

Nous nous réservons le droit de faire examiner la personne assurée et d'exiger une confirmation du diagnostic de dépistage précoce ou de maladie grave ou d'intervention chirurgicale par le spécialiste de notre choix.

### Résiliation de l'avenant

Le présent avenant sera résilié dès que surviendra l'un des événements suivants :

- a) la date lors de laquelle la Compagnie reçoit une demande écrite de résiliation du présent avenant de la part du titulaire;
- b) le décès de la personne assurée en vertu du présent avenant;
- c) la police ou le présent avenant tombe en déchéance en raison d'une prime qui demeure en souffrance après l'expiration du délai de grâce;
- d) lors de la résiliation de la police à laquelle est joint le présent avenant;
- e) le versement intégral de la prestation d'assurance contre la maladie grave;
- f) la date d'expiration, telle qu'indiqué à la page des renseignements sur la police.

## Avenant d'assurance contre la maladie grave – Prestation du vivant à 100 ans

Le présent avenant est ajouté à la police et en fait partie intégrante. Les termes qui y sont définis, les conditions et autres dispositions de la police s'appliquent au présent avenant, sauf si celui-ci en dispose autrement. Le capital assuré de l'avenant d'assurance contre la maladie grave - Prestation du vivant à 100 ans et les prélèvements mensuels pour le présent avenant sont indiqués aux pages de renseignements sur la police ou dans un avenant annexé à la police.

### DÉFINITIONS

Par **Maladie grave**, nous entendons une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale définie dans la police à la rubrique des troubles médicaux couverts du présent avenant. Aucune prestation ne sera versée pour une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale qui ne sont pas définis par à la rubrique des troubles médicaux couverts par le présent avenant. Le diagnostic doit être posé et le traitement de toute trouble médical couvert doit être dispensé par un spécialiste.

Par **Prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave**, nous entendons le capital assuré prévu à la page des renseignements sur la police. Cette prestation n'est versée qu'une fois, consécutivement à une maladie grave, sous réserve des conditions et autres dispositions stipulées au présent avenant.

Si la prestation d'assurance contre la maladie grave est payée en raison d'une maladie grave, la police est alors résiliée. La prestation d'assurance contre la maladie grave n'est pas versée en raison d'une autre maladie, d'un trouble ou d'une intervention chirurgicale et ni du décès de la personne assurée.

La **Date d'assurance**, telle qu'indiquée à la page des renseignements sur la police correspond à la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Le **Diagnostic** couvert par le présent avenant doit être conforme à la définition du trouble médical couvert tel que décrit dans le présent avenant.

Par **Date d'expiration**, nous entendons la date d'expiration, telle qu'elle apparaît à la page de renseignements sur la police, et qui est la date à laquelle l'assurance prévue par le présent avenant expire.

Par **Personne assurée**, nous entendons la personne assurée en vertu du présent avenant, telle qu'elle apparaît à la page de renseignements sur la police.

Le **Maintien artificiel des fonctions vitales** signifie que la personne assurée est sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardée en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit.

Par **Médecin autorisé**, nous entendons un médecin qui détient un permis d'exercice et qui pratique la médecine ou la chirurgie au Canada ou aux États-Unis (ou dans toute autre juridiction approuvée par nous). Le médecin ne doit être ni la personne assurée, ni le titulaire de la police, ni un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire ou de la personne assurée.

Un **Spécialiste** est un médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec le trouble médical couvert pour lequel la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'assureur, un trouble médical peut être diagnostiqué par un médecin qualifié pratiquant tant au Canada qu'aux États-Unis d'Amérique. Le terme spécialiste inclut, entre autres, tout : cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste ne peut pas être la personne assurée, le titulaire de la police, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.

Tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux conditions requises doivent être accomplis par un médecin autorisé qui n'est pas le titulaire de la police, la personne assurée, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.



Par **Intervention chirurgicale**, nous entendons une intervention chirurgicale pratiquée par un spécialiste.

La **période de survie** fait référence à la période qui débute à la date du diagnostic du trouble médical couvert et qui se termine 30 jours consécutifs suivant la date du diagnostic du trouble médical couvert. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas être sur maintien artificiel des fonctions vitales.

Pour tous les troubles médicaux couverts qui ont une période de qualification, la période de survie court de façon conjointe avec la période de qualification.

SPECIMEN

## **GARANTIES**

### **Prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave**

Pendant que le présent avenant est en vigueur, la prestation d'assurance contre la maladie grave est payable à la personne assurée en vertu du présent avenant dès le premier diagnostic d'un des troubles médicaux couverts et après l'écoulement du délai de survie de 30 jours, tel que stipulé par le contrat à la rubrique des troubles médicaux couverts, sous réserve des conditions et autres dispositions du présent avenant. Le versement de la prestation d'assurance contre la maladie grave est réputé constituer le règlement complet et final de toutes les demandes de règlement en vertu du présent avenant.

### **Prestation de dépistage précoce**

Pendant que la présente avenant est en vigueur, la prestation de dépistage précoce est payable au titulaire dès le premier diagnostic d'un des troubles médicaux couverts et après l'écoulement du délai de survie de 30 jours, tel que stipulé à la rubrique des troubles médicaux couverts, sous réserve des conditions et autres dispositions de la présente police. Le versement de la prestation de dépistage précoce est réputé constituer le règlement complet et final de toutes les demandes de règlement en vertu de la présente prestation.

La prestation de dépistage précoce versée correspond à la moindre des sommes suivantes :

- a) 15 % du capital assuré prévu par l'avenant en vigueur à ce moment; ou
- b) 50 000 \$.

La prestation de dépistage précoce n'est payable qu'une seule fois au diagnostic de l'un des troubles médicaux couverts par la prestation de dépistage précoce. Si la présente police a été établie à la suite d'une transformation et la prestation de dépistage précoce avait été versée en vertu de la police originelle, la prestation de dépistage précoce ne sera pas versée en vertu de la présente police.

Si la prestation de dépistage précoce est versée, les primes de l'avenant la prestation d'assurance contre la maladie grave ne sont pas réduites.

### **Prestation à l'échéance**

Si aucune prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave n'a été versée en vertu du présent avenant et que l'avenant est demeuré en vigueur depuis la date d'assurance, la prestation d'assurance contre la maladie grave en vigueur (moins toute prestation versée en vertu de la prestation de dépistage précoce) est versée au(x) titulaire(s) au moment où la personne assurée atteint l'âge de 100 ans.

### **Garantie d'assistance pour soins intensifs**

Sur réception d'un diagnostic d'un trouble médical couvert et moyennant le consentement de la personne assurée, le dossier médical de ladite personne assurée sera examiné par un médecin indépendant autorisé. Nous ferons ensuite parvenir à la personne assurée un résumé écrit de l'analyse effectuée sur le trouble dont elle souffre par un médecin spécialisé traitant ce genre de trouble. BMO Société d'assurance-vie pourrait prendre une entente avec un tiers indépendant pour offrir cette garantie et pourrait de temps à autre changer de fournisseur de services sans préavis.

La garantie d'assistance pour soins intensifs est également offerte à tous les membres de la proche famille, au conjoint et aux enfants à charge (âgés de moins de 18 ans) et prévoit le versement d'une seule prestation (pour l'ensemble des membres de la proche famille) pour tous les troubles médicaux couverts. La personne assurée ne deviendra pas inadmissible à la garantie d'assistance pour soins intensifs si l'un des membres de la proche famille choisit d'utiliser la garantie d'assistance pour soins intensifs.

Les membres de la proche famille qui souffrent de troubles médicaux préexistants seront inadmissibles à la garantie d'assistance pour soins intensifs dans le cas des troubles médicaux en question. Par trouble médical préexistant, nous entendons tout trouble médical diagnostiqué ou pour lequel la personne assurée, son conjoint ou ses enfants à charge ont reçu des conseils ou des soins médicaux dans les 12 mois précédant la date d'assurance du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur.

## TROUBLES MÉDICAUX COUVERTS

Dans le présent avenant, par **Maladie grave** ouvrant droit à la prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave, nous entendons uniquement les troubles médicaux couverts suivants tels que définis ci-dessous.

**Accident vasculaire cérébral** est défini comme le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 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 ce trouble médical dans les cas suivants :

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

**Anémie aplasique** est définie comme le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie 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 posé par un spécialiste.

**Cancer (mettant la vie en danger)** est défini comme le diagnostic définitif 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.

**Exclusions** : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police ou la date d'entrée en vigueur du présent avenant, ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le présent avenant), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le présent avenant).

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

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, delimites (« borderline ») 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.

Aux fins de la police, 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 de la police, 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).

**Cécité** est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux mise en évidence par :

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

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste.

**Chirurgie de l'aorte** est définie comme l'intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme aorte s'entend de l'aorte thoracique et 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 ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Coma** est défini comme le 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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 :

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

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

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 respecte pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

**Démence, y compris maladie d'Alzheimer** est définie comme le diagnostic définitif de démence, caractérisée par la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'assuré doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

*Aux fins de la police, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.*

**Infection au VIH dans le cadre de l'occupation** est définie comme le 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 plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant ou la date d'entrée en vigueur 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 d'Amérique;
- 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 d'Amérique.

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

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 le 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 de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques**

**Maladie de Parkinson** est définie comme le diagnostic définitif de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire; ou
- tremblement de repos.

L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

**Syndrome parkinsonien atypique** est défini comme le diagnostic définitif de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue.

**Exclusions** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical pour tout autre type de parkinsonisme.

### **Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques – Période d'exclusion**

Aucune prestation ne sera payable à titre de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant, ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

**Maladie du neurone moteur** est définie comme le 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 le 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 ce trouble médical 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 le diagnostic définitif d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 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 :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- 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 raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

**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.

**Exclusion** : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical 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.

**Pontage aortocoronarien** est défini comme l'intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque** est défini comme l'intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**Sclérose en plaques** est définie comme le 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'ou ie 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  tats-Unis d'Amérique 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 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 des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion** : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'établissement du présent avenant ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de 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.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.



## Troubles médicaux couverts au titre de la Prestation de dépistage précoce

Dans le présent avenant, les termes **dépistage précoce** pour lesquels une prestation de dépistage précoce est payable incluent seulement les troubles médicaux couverts suivants, tel que défini ci-après :

**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.

**Cancer de la peau au stade précoce** est défini comme un mélanome malin superficiel d'une profondeur de 1,0 millimètre ou moins à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer de la prostate au stade précoce** est défini comme un cancer de la prostate de stade pathologique T1A ou T1B, sans nœuds lymphoïdes ou métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer de la thyroïde au stade précoce** est défini comme un 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 confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer du sang au stade précoce** est défini comme une leucémie lymphoïde à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai, confirmé par des tests sanguins appropriés et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer du sein au stade précoce** est défini comme un carcinome canalaire in situ au sein confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

**Cancer intestinal au stade précoce** est défini comme des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

*Aux fins de la police, 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).*

*Aux fins de la police, 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 (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).*

### Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la prestation de dépistage précoce si :

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

- la date d'entrée en vigueur de la police, ou
- la date d'établissement du présent avenant, ou
- la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur de la police,

la personne assurée :

- a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic d'un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce, sans égard à la date du diagnostic,
- a fait l'objet d'un diagnostic de trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce.

Vous devez rapporter les renseignements médicaux précisés ci-dessus à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas ces renseignements, la compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou pour toute maladie grave causée par un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou par son traitement.

## EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

Ces exclusions et limites générales s'appliquent de façon additionnelle aux exclusions particulières stipulées à la section troubles médicaux couverts de cette avenant.

### **Exclusions pour la prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave et la prestation de dépistage précoce :**

Aucune prestation d'assurance contre la maladie grave ou pour dépistage précoce n'est payable si la maladie grave ou le dépistage précoce est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Une blessure infligée volontairement ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
- b) Un délit criminel ou une tentative de commettre un délit criminel au Canada ou à l'étranger et ce, en vertu de la loi en vigueur dans la juridiction où le délit a été commis.
- c) La consommation de drogues, de substances toxiques, intoxicantes (y compris l'alcool) ou de stupéfiants autres que ceux prescrits et administrés par un médecin autorisé ou sous ses directives.
- d) La guerre ou les faits de guerre, que la guerre soit déclarée ou non.
- e) La conduite d'un véhicule automobile sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec un taux d'alcoolémie supérieur aux limites légales, telles que définies au Code criminel.

### **Aucune prestation prévue par l'avenant d'assurance contre la maladie grave ou le dépistage précoce ne sera versée si :**

- La personne assurée décède avant la fin du délai de survie.

### **Maladie grave ou dépistage précoce à l'extérieur du Canada**

Si une maladie grave ou dépistage précoce survient ou est diagnostiqué à l'extérieur du Canada, la prestation ne sera payable que si **toutes** les conditions suivantes sont respectées

- a) Tous les dossiers médicaux sont remis à la Compagnie.
- b) À la lumière de ces dossiers médicaux, la Compagnie est convaincue que :
  - i) le même diagnostic aurait été posé si la maladie grave ou l'accident seraient survenus au Canada;
  - ii) un traitement immédiat aurait été prescrit en vertu des normes canadiennes; et
  - iii) le même schéma thérapeutique aurait été prescrit si le traitement avait eu lieu au Canada.
- c) Si la Compagnie l'exige, la personne assurée doit subir un examen médical indépendant effectué par un médecin autorisé désigné par la Compagnie. En cas d'intervention chirurgicale non urgente, ledit examen doit être effectué avant l'intervention chirurgicale.

## DEMANDES DE RÈGLEMENT

Toute demande de règlement sera payée une fois que la Compagnie aura reçu des pièces justificatives conformes à ses exigences attestant des suivantes :

- a) Une preuve de la date de naissance de la personne assurée.
- b) Un premier diagnostic d'une maladie grave ou de dépistage précoce, posé par un spécialiste, basé sur des résultats cliniques, radiologiques, histologiques et de laboratoire et qui doit comprendre une déclaration attestant de la date à laquelle le premier diagnostic a été posé;

Nous nous réservons le droit de faire examiner la personne assurée et d'exiger une confirmation du diagnostic de dépistage précoce ou de maladie grave ou d'intervention chirurgicale par le spécialiste de notre choix.

### Résiliation de l'avenant

Le présent avenant sera résilié dès que surviendra l'un des événements suivants :

- a) la date lors de laquelle la Compagnie reçoit une demande écrite de résiliation du présent avenant de la part du titulaire;
- b) le décès de la personne assurée en vertu du présent avenant;
- c) la police ou le présent avenant tombe en déchéance en raison d'une prime qui demeure en souffrance après l'expiration du délai de grâce;
- d) lors de la résiliation de la police à laquelle est joint le présent avenant;
- e) le versement intégral de la prestation d'assurance contre la maladie grave;
- f) la date d'expiration, telle qu'indiqué à la page des renseignements sur la police.