

Assurance traditionnelle



ASSURANCE
VIE

GUIDE DU PRODUIT



Table des matières

ASSURANCE TRADITIONNELLE - EN BREF	4
1. ASSURANCE VIE ENTIÈRE	4
1.1 Choix de protection.....	4
1.2 Capital assuré	4
1.3 Valeur de rachat et assurance libérée.....	4
1.4 Enfants assurés.....	5
1.5 Type d'assurance	5
1.6 Âge à l'émission	5
1.7 Bandes de taux	5
1.8 Paiement des primes	6
1.9 Protections complémentaires.....	6
2. ASSURANCE TEMPORAIRE	7
2.1 Choix de protection.....	7
2.2 Renouvellement	7
2.3 Transformation	7
2.4 Type de capital assuré	7
2.5 Capital assuré	7
2.6 Type d'assurance	7
2.7 Âge à l'émission	9
2.8 Protection multiassurée	9
2.9 Bandes de taux	9
2.10 Tarification préférentielle (assurance temporaire seulement)	9
2.11 Paiement des primes.....	9
2.12 Protections complémentaires	9
3. AVENANT CRÉDIT INVALIDITÉ.....	10
4. ASSURANCE TRADITIONNELLE, L'ASSURANCE VIE PAR EXCELLENCE	11
5. LA CLIENTÈLE D'ASSURANCE TRADITIONNELLE	12
5.1 La clientèle famille	12
5.1.1 Approches de vente	13

5.2	La clientèle Affaires	14
5.2.1	Financement de la « convention d'achat-vente »	14
5.2.2	Assurance personne clé	15
5.2.3	Assurance à titre collatéral.....	15
5.2.4	Transfert d'une entreprise familiale à la prochaine génération	15
5.3	Protection multiassurés.....	15
6.	ASSURANCE VIE ENTIÈRE	16
6.1	Les types d'assurance	16
6.2	Type de capital assuré	17
6.3	Capital assuré	17
6.4	Valeur de rachat	17
6.5	Qu'arrive-t-il à 100 ans?	18
6.6	Assurance libérée.....	18
6.7	Âge à l'émission	19
6.8	Duo Vie et Santé - Enfant.....	19
6.8.1	Description	19
6.8.2	Liste des maladies et affections couvertes	20
6.8.3	Prestation Prévention +	21
6.8.4	Limitations et exclusions	22
6.8.5	Droit de transformation de la protection temporaire pour maladie grave	23
6.9	Vie et Sérénité 65.....	23
6.9.1	Description	23
6.9.2	Protection Sérénité 65.....	24
6.9.3	Maladies et affections couvertes	24
6.10	Garantie d'assurabilité (GA) incluse d'office.....	26
7.	ASSURANCE TEMPORAIRE	27
7.1	Choix de protections	27
7.2	Types d'assurance	27
7.3	Types de capital assuré.....	27
7.4	Capital assuré	28
7.5	Âge à l'émission	28
7.6	Droit de renouvellement	29
7.7	Droit de transformation	30
7.7.1	De temporaire à permanent.....	30

7.7.2	De temporaire à temporaire	31
7.8	Tableau des possibilités de transformation du T10.....	32
8.	ASSURANCE SUR BASE CONJOINTE	33
8.1	Assurance vie entière	33
8.2	Assurance temporaire	34
8.2.1	T10 (R&T) et T20 (R&T).....	34
8.2.2	Multiterme	34
8.3	Primes.....	35
8.4	Tableau résumé	35
8.5	Modifications possibles en cours de contrat	36
8.5.1	Nouveau contrat à la suite d'un décès	36
8.5.2	Dissociation	36
8.5.3	Dissolution	36
8.6	Modification de la proposition lorsqu'une des vies n'est pas assurable	37
8.7	Exigences médicales	38
9.	PRIMES.....	39
9.1	Primes par bandes	39
9.2	Tarifification préférentielle	39
9.3	Paiement des primes.....	40
10.	PROTECTIONS COMPLÉMENTAIRES.....	41
11.	FRAIS DE POLICE	42
12.	FRAIS DE TRANSACTION	42
13.	ANNEXE I – DÉFINITION DES MALADIES GRAVES ET DES AFFECTIONS.....	43
14.	ANNEXE II - DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES JUVÉNILES.....	52
15.	ANNEXE III – DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES EN VERTU DE LA PRESTATION +	54

ASSURANCE TRADITIONNELLE - EN BREF

En combinant de multiples options de protections temporaires, de protections vie entière et de protections complémentaires, notre nouveau produit ASSURANCE TRADITIONNELLE offre des possibilités quasi illimitées pour vous permettre de procurer à vos clients une protection sur mesure qui évolue au rythme de leurs besoins tout au long de leur vie.

Toutes les couvertures sont disponibles pour un seul assuré ou pour l'ensemble des assurés d'un même contrat, qu'il s'agisse de familles ou d'une clientèle affaires. De plus, des taux préférentiels sont disponibles pour les protections temporaires, pour un certain capital assuré, tant pour les assurés fumeurs que les assurés non-fumeurs.

Toutes les protections d'assurance vie entière, T10/T20 (R & T) et Multiterme sont offertes à titre de :

- Protection de base
- Protection additionnelle pour l'assuré principal
- Protection pour les assurés additionnels

1. ASSURANCE VIE ENTIÈRE

1.1 Choix de protection

- V10
- V20
- Duo Vie et Santé - Enfant
- V65
- Vie et Sérénité 65
- V100
- T100

Souscription sous forme de protection de base ou d'avenant, pour chaque assuré.

Primes et capital assuré garanti.

1.2 Capital assuré

- | | |
|-----------------------------|--|
| • V10, V20, V65, V100, T100 | 10 000 \$ à 10 000 000 \$ ¹ |
| • Duo Vie et Santé – Enfant | 20 000 \$ à 500 000 \$ |
| • Vie et Sérénité 65 | 10 000 \$ à 1 000 000 \$ |

1.3 Valeur de rachat et assurance libérée

- Garanties et disponibles à partir du 11e anniversaire du contrat (sauf T100)

¹ Un volume d'assurance supérieur à 10 000 000\$ requiert une cotation spéciale du siège social.

1.4 Enfants assurés

- Une garantie d'assurabilité est incluse d'office dans les contrats Vie entière (sauf pour le T100 et le Vie et Sérénité 65).

Pour les enfants âgés de 0 à 20 ans à la date d'émission, le contractant a la possibilité d'augmenter le montant d'assurance, sans preuve d'assurabilité, jusqu'à 200 % du capital assuré initial (maximum de 150 000 \$).

1.5 Type d'assurance

- Individuelle²
- Assurance conjointe payable au 1er décès
- Assurance conjointe payable au 2e décès
- Assurance conjointe payable au 2e décès, libérée au 1er décès

1.6 Âge à l'émission

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| • V10, V20 et V100 | 0 à 70 ans |
| • Duo Vie et Santé – Enfant | 0 à 20 ans |
| • V65 | 0 à 54 ans |
| • Vie et Sérénité 65 | 15 à 60 ans |
| • T100 | 0 à 85 ans |

Protection multiassurée

- Jusqu'à 9 personnes assurées en vertu du même contrat, incluant l'assuré principal

1.7 Bandes de taux

- | | |
|-----------|-------------------------|
| • Bande 1 | 10 000 \$ à 49 999 \$ |
| • Bande 2 | 50 000 \$ à 99 999 \$ |
| • Bande 3 | 100 000 \$ à 199 999 \$ |
| • Bande 4 | 200 000 \$ à 499 999 \$ |
| • Bande 5 | 500 000 \$ à 999 999 \$ |
| • Bande 6 | 1 000 000 \$ et plus |

Les primes sont établies en fonction du sexe, du statut de tabagisme et du volume d'assurance pour chacune des protections.

² Le Duo Vie et Santé – Enfant ainsi que le Vie et Sérénité 65 sont offerts sur base individuelle seulement.

1.8 Paiement des primes

- Sur base annuelle
- Sur base mensuelle (paiements autorisés par chèques – PAC)

Le facteur de conversion pour le paiement mensuel est de 0,09.

- Sur base trimestrielle ou semestrielle

Veuillez communiquer avec le siège social pour connaître le facteur de conversion.

1.9 Protections complémentaires

- Crédit invalidité
- Décès accidentel (DA)
- Décès et mutilation accidentels (DMA)
- Exonération des primes en cas d'invalidité du contractant (EPIC)
- Exonération des primes en cas d'invalidité de l'assuré (EPIA)
- Exonération des primes en cas de décès du contractant (EPDC)
- Fracture accidentelle (FA)
- Garantie d'assurabilité (GA)
- Hospitalisation
- Hospitalisation et Soins à domicile
- Maladie grave
- Maladie grave Enfant
- Module enfant
- Module enfant PLUS
- Revenu d'appoint (RA)
- Soins paramédicaux en cas d'accident

2. ASSURANCE TEMPORAIRE

2.1 Choix de protection

T10 (R&T), T20 (R&T)

Renouvelable et transformable

Primes garanties et uniformes pour la durée du terme

Multiterme : Tous les termes de T10 à T40 (Exemple : T17, T33)

Renouvelable et transformable

Primes garanties et uniformes pour la durée du terme et TRA par la suite

Primes et capital assuré garanti.

2.2 Renouvellement

- Primes garanties
- T10 (R&T), T20 (R&T) : Renouvelable jusqu'à l'âge de 85 ans
- Multiterme : Renouvelable jusqu'à l'âge de 100 ans

2.3 Transformation

- Transformation en assurance vie entière avant l'âge de 71 ans
- Primes établies lors de la transformation, selon l'âge atteint de l'assuré et les taux de primes courants
- Aucune preuve médicale requise

2.4 Type de capital assuré

- | | |
|------------------------|--|
| • T10 (R&T), T20 (R&T) | Uniforme |
| • Multiterme | T10 à T40 : Uniforme
T10 à T40 : Décroissant jusqu'à 50 % |

2.5 Capital assuré

- | | |
|------------------------|--|
| • T10 (R&T), T20 (R&T) | 10 000 \$ à 10 000 000 \$ ³ |
| • Multiterme | 20 000 \$ à 10 000 000 \$ ⁴ |

2.6 Type d'assurance

- Individuelle
- Assurance conjointe payable au 1^{er} décès pouvant couvrir jusqu'à 5 personnes
- Assurance conjointe payable au 2^e décès (T10/T20 (R&T) seulement)

³ Un volume d'assurance supérieur à 10 000 000 \$ requiert une cotation spéciale du siège social.

⁴ Un volume d'assurance supérieur à 10 000 000 \$ requiert une cotation spéciale du siège social.

L'assurance conjointe payable au 1^{er} décès permettant de couvrir jusqu'à 5 personnes est idéale pour votre clientèle d'affaires!

2.7 Âge à l'émission

- T10 (R&T), T20 (R&T) 0 à 70 ans
- Multiterme Uniforme : 0 à (85 ans moins durée du terme)⁵
Décroissant jusqu'à 50 % : 18 à (85 ans moins durée du terme)⁶

2.8 Protection multiassurée

Jusqu'à 9 personnes assurées en vertu du même contrat, incluant l'assuré principal

2.9 Bandes de taux

- Bande 1 T10 (R&T), T20 (R&T) 10 000 \$ à 49 999 \$
- Bande 1 Multiterme 20 000 \$ à 49 999 \$
- Bande 2 50 000 \$ à 99 999 \$
- Bande 3 100 000 \$ à 199 999 \$
- Bande 4 200 000 \$ à 499 999 \$
- Bande 5 500 000 \$ à 999 999 \$
- Bande 6 1 000 000 \$ et plus

Les primes sont établies en fonction du sexe, du statut de tabagisme et du volume d'assurance pour chacune des protections.

2.10 Tarification préférentielle (assurance temporaire seulement)

À partir de 2 000 001 \$

Il existe 4 classes de taux préférentiels (dont 2 pour les fumeurs et 2 pour les non-fumeurs) pour récompenser les assurés dont l'état de santé, la condition physique et le style de vie sont supérieurs à la moyenne des assurés.

2.11 Paiement des primes

- Sur base annuelle
- Sur base mensuelle (paiements autorisés par chèques – PAC)
Le facteur de conversion pour le paiement mensuel est de 0,09.
- Sur base trimestrielle ou semestrielle

Veuillez communiquer avec le siège social pour connaître le facteur de conversion.

2.12 Protections complémentaires

Les mêmes protections qu'en assurance vie entière sont disponibles.

⁵ L'âge à l'émission ne peut dépasser 70 ans.

⁶ L'âge à l'émission ne peut dépasser 70 ans.

3. AVENANT CRÉDIT INVALIDITÉ

Durée des prestations	2 ans 5 ans (maximum de 60 prestations mensuelles) jusqu'à 65 ans
Âge à l'émission	18 à 59 ans
Prestation mensuelle	minimum : 300 \$ maximum : 3 500 \$
Primes	nivelées et garanties pour la durée de la protection
Preuve de prêt	requise au moment d'une réclamation seulement
Définition de l'invalidité	occupation principale pendant 24 mois
Protection	individuelle, aussi disponible individuellement au titre des protections conjointes
Délai de carence et période d'attente	carence : 30 jours attente : 90 jours avec paiement rétroactif au 31 ^e jour d'invalidité
	<u>Si accident ou hospitalisation d'au moins 72 heures :</u>
	carence : 30 jours
	attente : 30 jours

4. ASSURANCE TRADITIONNELLE, L'ASSURANCE VIE PAR EXCELLENCE

- Protection d'assurance personnalisée aux besoins de chaque assuré au contrat (possibilité de 9 personnes)
- Plusieurs éléments garantis :
 - Primes et capital assuré garantis (protections temporaires et vie entière)
 - Valeurs de rachat garanties (protections vie entière)
 - Assurance libérée garantie (protections vie entière)
- Grâce à son vaste choix de termes (tous les termes entre T10 et T40) et à ses options de décroissance du capital assuré jusqu'à 50 %, **Multiterme** est la solution parfaite pour une **assurance hypothécaire** sur mesure.
- La protection hybride Duo Vie et Santé – Enfant, assure l'enfant pendant toute sa vie tout en procurant aux parents le soutien financier pour demeurer près de lui s'il devient gravement malade.
- Protection Vie et Sérénité 65, spécialement conçue pour les 40 à 60 ans, leur donne accès, du vivant, au capital d'assurance vie sous forme de rente mensuelle, pour assurer le maintien de leur qualité de vie en cas de perte d'autonomie.
- Transformation partielle ou totale des protections temporaires
- Avenant d'assurance crédit invalidité disponible sur toutes les protections de base (vie entière et temporaire)
- Offre de plusieurs protections complémentaires

5. LA CLIENTÈLE D'ASSURANCE TRADITIONNELLE

Le produit d'assurance vie ASSURANCE TRADITIONNELLE est un produit très flexible offert sous forme de protections temporaires et vie entière visant à assurer une protection financière sur mesure aux membres de toute la famille ainsi qu'aux propriétaires de petites et moyennes entreprises.

5.1 La clientèle famille

Le produit d'assurance vie ASSURANCE TRADITIONNELLE est idéal pour les individus qui désirent assurer la sécurité financière de leur famille en cas de décès, d'invalidité et de maladie grave. En considérant les besoins particuliers et la capacité financière de chaque client, ASSURANCE TRADITIONNELLE permet de bâtir un plan d'assurance sur mesure, à chaque étape de la vie et de génération en génération.

ASSURANCE TRADITIONNELLE permet de répondre à plusieurs besoins importants, par exemple :

Maintenir le style de vie en évitant aux membres de la famille des décisions malheureuses, comme vendre la résidence familiale et les biens de valeur, contracter un emprunt pour rembourser les dettes impayées, abandonner des projets importants, etc.;

Préserver intact le patrimoine afin de permettre aux héritiers de disposer des fonds nécessaires pour couvrir la facture d'impôt à payer au décès;

Faciliter la transition en assurant un support financier temporaire à la famille lors de la perte d'un revenu, à la suite du décès du conjoint;

Assurer les enfants dès leur jeune âge et profiter de la panoplie de garanties d'assurance offertes à un coût des plus abordables;

Faire un cadeau à un enfant et garantir son assurabilité tant au niveau de l'assurance vie que de l'assurance maladie grave;

Prévoir les fonds nécessaires pour aider les enfants à poursuivre leurs études en cas de décès prématuré de l'un des parents;

Éliminer les dettes en prévoyant les fonds nécessaires au remboursement du solde hypothécaire ou d'autres types d'emprunts lors de la perte d'un revenu principal, à la suite du décès d'un des parents;

Procurer aux parents le soutien financier nécessaire pour demeurer aux côtés de leur enfant s'il devait être atteint d'une maladie grave.

Assurer l'autonomie des futurs retraités en procurant des prestations mensuelles permettant de s'offrir des soins de santé en cas de perte d'autonomie.

5.1.1 Approches de vente

T10, T20 (R&T) et Multiterme T10 à T40

Assurance temporaire à faible coût offrant une protection pour une période de temps spécifique.

V10, V20, V65 et V100

- Assurance vie entière permettant de libérer la police plus rapidement grâce à des paiements accélérés garantis (V10, V20, Duo Vie et Santé – Enfant, V65);
- Assurance vie entière comportant plusieurs éléments garantis, dont une valeur de rachat et une assurance libérée;
- Assurance incluant d'office une garantie d'assurabilité (GA) aux assurés âgés de 20 ans ou moins lors de l'émission.

T100

- Clientèle familiale à la recherche d'une assurance permanente garantie, à coût abordable.

Duo Vie et Santé – Enfant

- Assurance vie entière permettant d'accéder à 50 % du capital assuré en cas de maladie grave avant l'âge de 30 ans.
- GA incluse d'office permettant d'augmenter le capital assuré même si un diagnostic de maladie grave a été posé précédemment.
- Protection idéale pour compenser la perte de revenus d'un parent afin de lui permettre de demeurer au chevet de son enfant.
- La portion maladie grave est transformable en maladie grave permanente entre l'âge de 18 et 30 ans sans preuves médicales.

Vie et Sérénité 65

- Assurance vie entière (Vie) qui permet, du vivant, de recevoir une rente mensuelle à même le capital assuré en cas de perte d'autonomie (Sérénité 65). La prestation versée au décès n'est jamais inférieure à 25 % du capital assuré initial.
- L'exonération des primes en cas d'invalidité de l'assuré (EPIA) prend effet dès le diagnostic de l'une des maladies ou conditions médicales couvertes.
- Protection rassurante pour les futurs retraités qui ne veulent pas devenir un fardeau pour leurs enfants lorsqu'ils seront en perte d'autonomie et que leurs épargnes ne suffiront plus à payer les soins nécessaires.

5.2 La clientèle Affaires

Les protections temporaires d'ASSURANCE TRADITIONNELLE sont très prisées par les propriétaires de petites et moyennes entreprises. La plupart du temps, le succès de ces types d'entreprises repose sur un petit nombre d'actionnaires (un, deux ou trois) ou sur un collaborateur essentiel qui occupe un poste clé à l'intérieur de l'entreprise. Évidemment, le décès de l'une de ces personnes peut être très dommageable pour le maintien des activités de l'entreprise et causer un important préjudice financier.

Les protections temporaires d'assurance traditionnelle (et à l'occasion les options permanentes) répondent plus particulièrement aux besoins spécifiques de cette clientèle dans les situations suivantes :

5.2.1 Financement de la « convention d'achat-vente »

La souscription d'une assurance vie temporaire servant à financer la convention d'achat-vente entre actionnaires prévoit le versement du capital nécessaire, libre d'impôt, pour le rachat des parts d'un des associés, advenant son décès. La prestation de décès permet ainsi d'éviter de contracter un emprunt pour racheter les parts de l'associé décédé ou, encore, la liquidation des éléments d'actif de l'entreprise pour le règlement des dettes.

La souscription de l'assurance vie ASSURANCE TRADITIONNELLE est généralement utilisée de l'une des deux façons suivantes :

Assurance croisée :

Chaque associé peut souscrire une police d'assurance vie sur la tête des autres associés de la société pour un capital assuré équivalant à une proportion de la valeur des parts de chacun. Chaque associé est propriétaire et bénéficiaire de la police d'assurance vie (ou des polices d'assurance vie s'il y a plus de deux associés) et effectue le paiement des primes.

Assurance détenue par la société :

La société peut souscrire une police d'assurance vie sur la tête de chacun des associés ou une seule police comprenant la couverture de chaque associé, assumer le paiement des primes et être le bénéficiaire désigné de chaque protection. En cas de décès de l'un des associés, la société utilise la prestation de décès pour racheter les parts que celui-ci détenait dans l'entreprise.

5.2.2 Assurance personne clé

La souscription d'une police d'assurance vie temporaire assurance traditionnelle sur la tête d'une personne occupant un poste clé a l'avantage d'accroître la sécurité financière d'une entreprise. Ainsi, la prestation d'assurance vie versée à la suite du décès d'un collaborateur essentiel permet de couvrir les pertes de revenu temporaires engendrées lors de la période de recrutement et de formation d'un remplaçant et d'en assurer la survie.

L'entreprise est contractante de la police, paie les primes et est bénéficiaire de la prestation de décès.

5.2.3 Assurance à titre collatéral

Les banques et les créanciers peuvent exiger la souscription d'une assurance vie afin de satisfaire aux obligations financières liées à un prêt ou une marge de crédit s'il y a décès du propriétaire ou de l'un des propriétaires.

5.2.4 Transfert d'une entreprise familiale à la prochaine génération

La souscription d'une assurance vie permet de générer les fonds nécessaires pour couvrir la facture d'impôt latente au moment du transfert de l'entreprise familiale aux enfants, à la suite du décès du propriétaire.

5.3 Protection multiassurés

Les options d'assurance vie entière et temporaire assurance traditionnelle permettent d'assurer jusqu'à neuf personnes dans un même contrat en incluant l'assuré principal. Il peut également y avoir plus d'un contractant à la police. Cette flexibilité d'ASSURANCE TRADITIONNELLE génère ainsi d'importantes économies pour vos clients grâce aux frais de police qui y sont réduits considérablement.

Pour la famille

Regroupe à l'intérieur d'une même police le programme d'assurance vie de tous les membres de la famille.

Pour l'entreprise

Regroupe les associés de l'entreprise à l'intérieur d'une même police.

6. ASSURANCE VIE ENTIÈRE

L'assurance vie entière est établie de façon à offrir une protection financière la vie durant de l'assuré. La prestation est payable au décès de l'assuré, peu importe le moment du décès. Ce type d'assurance se distingue de l'assurance temporaire en offrant des valeurs additionnelles garanties telles une valeur de rachat garantie et une assurance libérée garantie (sauf pour le T100).

ASSURANCE TRADITIONNELLE offre sept protections d'assurance vie entière : V10, V20, Duo Vie et Santé – Enfant, V65, Vie et Sérénité 65, V100 et T100. Ces protections prévoient un capital assuré garanti à vie, versé au moment du décès de l'assuré. Elles peuvent être souscrites comme protections de base ou en avenant, et ce, pour chaque assuré au contrat.

V10	Assurance vie permanente dont les primes sont payables pendant 10 ans
V20	Assurance vie permanente dont les primes sont payables pendant 20 ans
Duo Vie et Santé – Enfant	Assurance vie entière dont les primes sont payables jusqu'à l'âge de 30 ans, sur laquelle une protection maladie grave temporaire est incluse d'office (voir section 6.8).
V65	Assurance vie entière dont les primes sont payables jusqu'à l'âge de 65 ans
Vie et Sérénité 65	Assurance vie entière dont les primes sont payables jusqu'à 100 ans, qui prévoit le versement d'une rente mensuelle à même le capital assuré en cas d'une des quatre maladies ou conditions médicales couvertes (voir section 6.9).
V100	Assurance vie entière dont les primes sont payables jusqu'à l'âge de 100 ans.
T100	Assurance vie permanente dont les primes sont payables jusqu'à l'âge de 100 ans. Le T100 n'accumule aucune valeur de rachat.

6.1 Les types d'assurance

ASSURANCE TRADITIONNELLE offrent les types de protection vie entière suivants :

- Individuelle
- Assurance conjointe payable au 1^{er} décès
- Assurance conjointe payable au 2^e décès
- Assurance conjointe payable au 2^e décès, libérée au 1^{er} décès

Deux personnes peuvent être couvertes en vertu d'une protection conjointe vie entière.

Le Duo Vie et Santé – Enfant ainsi que le Vie et Sérénité 65 sont offerts sur base individuelle seulement.

6.2 Type de capital assuré

Pour toutes les protections vie entière, le capital assuré est uniforme pendant la durée du contrat. Toutefois :

- 50 % du capital assuré du **Duo Vie et Santé – Enfant** pourrait être versé à l'avance si une maladie grave devait survenir avant l'âge de 30 ans.
- La prestation de décès payée en vertu de la protection **Vie et Sérénité 65** pourrait être inférieure au capital assuré de départ si la rente Sérénité 65 a été versée. Cependant, cette prestation ne sera jamais inférieure à 25 % du capital assuré en vigueur avant le versement de la rente.

6.3 Capital assuré

Pour l'assuré principal de même que pour chaque assuré additionnel, les montants d'assurance offerts sont les suivants :

- | | |
|-----------------------------|--|
| • V10, V20, V65, V100, T100 | 10 000 \$ à 10 000 000 \$ ⁷ |
| • Duo Vie et Santé – Enfant | 20 000 \$ à 500 000 \$ |
| • Vie et Sérénité 65 | 10 000 \$ à 1 000 000 \$ |

6.4 Valeur de rachat

Les options d'assurance vie entière V10, V20, Duo Vie et Santé – Enfant, V65, Vie et Sérénité 65 et V100 comportent des valeurs de rachat garanties à compter du début de la 11^e année. Un avantage important pour votre client!

Mise en garde : Si le contractant décide de retirer entièrement la valeur de rachat, la protection d'assurance de l'assuré se termine.

Les principaux avantages de la valeur de rachat :

- Avance sur contrat;
- Mise en garantie sur un emprunt bancaire;
- Besoin ultime de liquidités;

⁷ Un volume d'assurance supérieur à 10 000 000 \$ requiert une cotation spéciale du siège social.

- Création d'une rente de retraite;
- Possibilité de libérer la protection à la suite d'une diminution des besoins en assurance.

6.5 Qu'arrive-t-il à 100 ans?

À l'âge de 100 ans de l'assuré, la police est libérée c'est-à-dire que l'assuré demeure couvert jusqu'à son décès, alors qu'il n'y a plus de primes à payer.

En général, à l'âge de 100 ans, la valeur de rachat est égale au capital assuré. Si le titulaire choisissait de retirer cette valeur de rachat, celle-ci serait imposable alors que le capital d'assurance versé au décès est non imposable.

6.6 Assurance libérée

Grâce aux valeurs d'assurance libérée, le titulaire de la police peut interrompre le paiement des primes de la protection et conserver un capital assuré réduit, pour la vie de l'assuré. Tout comme la valeur de rachat, l'assurance libérée est garantie à compter du début de la 11^e année. À l'âge 100, l'assurance est libérée pour le plein capital assuré. À ce moment, le capital assuré est maintenu afin de le transmettre au bénéficiaire en franchise d'impôt lors du décès.

Exemple 1

Femme 20 ans non-fumeur

ASSURANCE TRADITIONNELLE V100 – 100 000 \$

Prime annuelle : 344 \$

Âge	Capital décès	Valeur de rachat	Assurance libérée
	Garanti	Garantie	Garantie
30	100 000 \$	340 \$	1 667 \$
40	100 000 \$	2 080 \$	18 333 \$
50	100 000 \$	5 590 \$	35 000 \$
60	100 000 \$	12 990 \$	51 667 \$
65	100 000 \$	18 930 \$	60 000 \$
70	100 000 \$	26 780 \$	65 714 \$
80	100 000 \$	48 620 \$	77 143 \$
90	100 000 \$	71 480 \$	88 571 \$
100	100 000 \$	100 000 \$	100 000 \$

Dans la situation présente, la cliente pourrait bénéficier à 65 ans d'une valeur de rachat de 18 930 \$ totalement garantie.

Dans le même exemple, la cliente peut cesser de verser des primes à 50 ans et tout de même profiter d'un capital assuré garanti de 35 000 \$ à vie. ASSURANCE TRADITIONNELLE offre donc le meilleur des deux mondes : la sécurité d'une assurance solide combinée à la flexibilité dans le versement des primes!

6.7 Âge à l'émission

- Duo Vie et Santé – Enfant 0 à 20 ans
- V10, V20, V100 0 à 70 ans
- V65 0 à 54 ans
- Vie et Sérénité 65 15 à 60 ans
- T100 0 à 85 ans

6.8 Duo Vie et Santé - Enfant

Le nouveau Duo Vie et Santé – Enfant est une protection hybride qui offre une alternative très intéressante aux parents qui désirent assurer la vie de leurs enfants, mais aussi, couvrir leurs besoins en assurance maladie grave à un coût abordable. Lorsqu'un enfant est atteint d'une maladie grave, le Duo Vie et Santé - Enfant procure aux parents le soutien financier nécessaire pour demeurer à ses côtés et assumer les dépenses qui en découlent.

6.8.1 Description

Offert dès la naissance, sur base individuelle seulement, la protection Duo Vie et Santé – Enfant comprend une protection d'assurance **vie entière** ainsi qu'une protection temporaire **maladie grave** jusqu'à l'âge de 30 ans de l'assuré. La protection maladie grave couvre **30 maladies et affections**. Cette protection est une protection accélérée puisque si un diagnostic de maladie grave a lieu avant l'âge de 30 ans de l'assuré, celui-ci peut recevoir 50 % du capital assuré sur la vie. L'autre portion de 50 % sera payable à son décès. Voici les principales caractéristiques du produit :

- Âge à l'émission : 0 à 20 ans
- Durée de paiement des primes : jusqu'à 30 ans de l'assuré
- Capital assuré : minimum 20 000 \$
maximum 500 000 \$
- Le capital assuré en cas de maladie grave équivaut à 50 % du capital assuré sur la vie.

- Si l'assuré décède sans avoir bénéficié de sa protection pour maladie grave, le capital versé au décès correspond à 100 % du capital assuré sur sa vie. Sinon, il sera réduit de 50 %.
- Le capital assuré en cas de décès et le capital assuré en cas de maladie grave sont garantis.
- Au 30e anniversaire de naissance de l'assuré, l'assurance vie entière est libérée du paiement de la prime et la protection de maladie grave prend fin.
- Si, avant que l'assuré ait atteint l'âge de 30 ans, le titulaire choisit d'utiliser la valeur de rachat afin de libérer la police, la prestation payable en cas de maladie grave (avant le 30e anniversaire de l'assuré) sera égale à 50 % du capital d'assurance vie réduit.
- L'assurance maladie grave peut être transformée en protection maladie grave permanente sans preuve d'assurabilité (voir plus loin).
- La protection maladie grave couvre :
 - 25 maladies graves et affections;
 - maladies graves juvéniles;
 - la prestation Prévention +.
- Les garanties complémentaires FA, GA et DA/DMA sont payables pendant 10 ans, peu importe l'âge de l'assuré à l'émission.
- Aucun changement à la protection de base du Duo Vie et Santé – Enfant ne peut être effectué à l'intérieur d'un délai de 13 mois suivant l'émission du contrat.

6.8.2 Liste des maladies et affections couvertes

- | | |
|---|---|
| • Accident vasculaire cérébral (AVC) | • Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques |
| • Anémie aplastique | • Maladie de motoneurone |
| • Brûlures graves | • Méningite purulente |
| • Cancer (mettant la vie en danger) | • Paralysie |
| • Cécité | • Perte d'autonomie |
| • Chirurgie de l'aorte | • Perte de l'usage de la parole |
| • Coma | • Perte de membres |
| • Crise cardiaque | • Pontage aortocoronarien |
| • Défaillance d'un organe vital – liste d'attente en vue d'une greffe | • Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque |
| • Démence, y compris la maladie d'Alzheimer | • Sclérose en plaques |
| • Greffe d'un organe vital | • Surdité |
| • Infection à VIH contractée au travail | • Tumeur cérébrale bénigne |
| • Insuffisance rénale | |

Le Duo Vie et Santé – Enfant couvre également les **5 maladies graves juvéniles** suivantes si le diagnostic survient avant le 25^e anniversaire de naissance de l'assuré :

- Diabète sucré de type 1
- Dystrophie musculaire
- Fibrose kystique
- Maladies congénitales du cœur
- Paralyse cérébrale

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

6.8.3 Prestation Prévention +

La prestation Prévention + prévoit le versement d'une prestation partielle correspondant à 15 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, lorsque l'assuré est atteint d'une des 7 maladies suivantes :

- Angioplastie coronarienne
- Cancers détectés précocement:
 - Mélanome malin au stade 1
 - Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
 - Carcinome canalaire in situ du sein
 - Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1
 - Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai
 - Tumeurs stromales gastro-intestinales et tumeurs neuroendocrines (stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC)

La prestation Prévention + peut être versée jusqu'à quatre fois pour toutes les maladies mentionnées ci-dessus (une fois par maladie) pour toute la durée du contrat. L'assuré pourrait donc recevoir jusqu'à 200 000 \$ au total en vertu de la prestation Prévention +. À la suite du versement de la prestation, le contrat se poursuit selon les mêmes conditions et le capital assuré n'est pas diminué du montant versé.

Diagnostic au Canada et aux États-Unis

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

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

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

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

6.8.4 Limitations et exclusions

Limitations

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

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

Maladie	Détails
Paralyse	La paralysie dure depuis au moins 90 jours;
Coma	L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant une période continue d'au moins 96 heures;
Perte de l'usage de la parole	La perte de la parole persiste pendant au moins 180 jours;
Méningite purulente	La méningite entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

Exclusions

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

- Résulte de blessures qu'il s'est infligées lui-même ou d'une tentative de suicide, qu'il ait été conscient ou non de ses actes;

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

6.8.5 Droit de transformation de la protection temporaire pour maladie grave

- Entre le 18e et le 30e anniversaire de naissance de l'assuré, si aucun bénéfice de maladie grave n'a été versé, la protection temporaire est transformable en une protection maladie grave permanente.
- La protection ainsi transformée fait l'objet d'un nouveau contrat de maladie grave.
- Capital assuré en maladie grave : maximum 50 % du capital en vigueur sur la vie
- Les primes sont calculées selon l'âge atteint par l'assuré au moment de la transformation.
- La transformation s'effectue sans preuve d'assurabilité si le capital assuré est égal ou moindre au capital assuré en cas de maladie grave au moment de la transformation. Une fois la transformation effectuée, seule la protection vie entière du Duo Vie et Santé – Enfant reste en vigueur et la prime demeure inchangée.
- Le capital d'assurance sur la vie demeure le même.

6.9 Vie et Sérénité 65

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter alors que les soins et services à domicile sont de plus en plus coûteux. Les Baby-boomers savent qu'ils sont à risque de survivre à leurs épargnes et ne veulent pas devenir un fardeau pour leurs enfants. Deux questions s'imposent :

- Qui prendra soin de moi lorsque je serai en perte d'autonomie?
- Est-ce que je pourrai laisser une somme d'argent à mes héritiers?

6.9.1 Description

Vie et Sérénité 65 est une assurance vie entière doublée d'une protection couvrant les quatre principales maladies et conditions médicales liées au vieillissement. À partir de 65 ans, l'état de santé de votre client peut lui donner accès à son capital d'assurance vie, sous forme de rente mensuelle, afin lui permettre d'obtenir des soins de longue durée. L'avantage unique de Vie et Sérénité 65 est qu'au décès, un montant minimum équivalent à

25 % du capital assuré sera versé aux bénéficiaires, et ce, même si la rente a totalement épuisé le montant d'assurance vie.

- Type de protection: Assurance vie entière
- Type de couverture: Individuelle seulement
- Clientèle cible: Les personnes âgées entre 40 et 60 ans
- Âge à l'émission: 15 à 60 ans
- Durée de paiement des primes: jusqu'à l'âge de 100 ans de l'assuré
- Capital assuré: minimum 10 000 \$
 maximum 1 000 000 \$
- Désignation de bénéficiaires : Le bénéficiaire de la portion Sérénité 65 doit obligatoirement être le **contractant**.

6.9.2 Protection Sérénité 65

- Type de prestation : Rente mensuelle correspondant à 1 % du capital d'assurance vie en vigueur au début du versement de la rente.
- Date à laquelle la rente devient payable : À l'anniversaire mensuel du contrat qui suit immédiatement le 65e anniversaire de naissance de l'assuré. Si l'assuré est âgé de moins de 65 ans au moment du diagnostic, le versement de la rente ne débutera qu'à compter de son 65e anniversaire de naissance.

6.9.3 Maladies et affections couvertes

- Démence, y compris maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
- Paralyse
- Perte d'autonomie

Veillez vous référer à l'annexe I pour connaître la définition de ces maladies ou conditions médicales.

Date de début du versement de la rente : La rente est payable à partir de l'anniversaire mensuel du contrat qui suit immédiatement le diagnostic.

Au terme de la protection Vie et Sérénité 65, « **diagnostic** » s'entend d'une confirmation par un spécialiste à l'effet que l'état de santé de l'assuré répond à la définition de la maladie grave dont il est atteint, tel que décrit au contrat.

Exemple :

En juin 2011, Paul, 68 ans, reçoit un diagnostic de maladie d'Alzheimer. À cette date, Paul est autonome et peut encore effectuer les activités de la vie quotidienne sans surveillance. Paul

ne sera donc éligible à la rente Sérénité 65 que lorsqu'un spécialiste aura confirmé que l'état de santé de celui-ci répond à la définition de la maladie d'Alzheimer présentée au contrat.

- **Durée de paiement de la rente** : La rente est versée jusqu'au premier des événements suivants :
 - Au décès de l'assuré
 - Au moment où le capital assuré est épuisé (après 100 mois).

Une fois que le versement de la rente a débuté, celui-ci ne peut être interrompu temporairement.

- **Traitement fiscal de la rente** : La rente est non imposable.
- **Il y a exonération du paiement des primes** dès le diagnostic, et à ce moment :
 - La valeur de rachat associée à Vie et Sérénité 65 n'est plus disponible.
 - La valeur d'assurance libérée réduite ne s'applique plus.
- **Impact du versement de la rente** : Le capital assuré est réduit d'un montant équivalent à la rente versée, jusqu'à concurrence d'un minimum de 25 %.
- **Sélection des risques** : En plus de la sélection habituelle pour l'assurance vie, un questionnaire simplifié comprenant 6 questions (Q9) doit être rempli pour se qualifier à la protection Vie et Sérénité 65. Pour être éligible, la personne à assurer doit répondre NON à toutes les questions.
- **Prestation de décès** : La prestation versée au décès correspond au capital d'assurance résiduel au moment du décès SANS JAMAIS ÊTRE MOINDRE QUE 25 % DU CAPITAL ASSURÉ INITIAL.

	Exemple 1	Exemple 2	Exemple 3	Exemple 4
Capital assuré au début du versement de la rente	150 000 \$	150 000 \$	150 000 \$	150 000 \$
Total cumulatif des versements mensuels en date du décès	0 \$	60 000 \$	135 000 \$	150 000 \$
Prestation de décès versée aux bénéficiaires	150 000 \$	90 000 \$	37 500 \$	37 500 \$
Total versé	150 000 \$	150 000 \$	172 500 \$	187 500 \$

- **Avances sur police** : La rente est payable si la totalité des sommes dues à la compagnie ont été remboursées.

6.10 Garantie d'assurabilité (GA) incluse d'office

Cette garantie est incluse d'office dans toutes les options vie entière d'assurance traditionnelle V10, V20, Duo Vie et Santé – Enfant, V65 et V100 émises entre l'âge de 0 et 20 ans de l'assuré. Elle offre au contractant la possibilité de souscrire un montant d'assurance additionnel sur la vie de l'assuré, sans preuve d'assurabilité. Le contractant peut exercer cette option à certains âges ou lors d'événements spécifiques, sans excéder l'âge de 40 ans de l'assuré.

Conditions d'exercice

L'option d'augmentation d'assurance peut être exercée dans les 31 jours suivant l'anniversaire de l'assuré lorsqu'il atteint 20 ans et 25 ans ou dans les 31 jours suivant l'un des événements suivants : obtention d'un diplôme collégial ou universitaire, mariage de l'assuré, naissance ou adoption d'un enfant.

- Minimum : 10 000 \$
- Maximum à chaque exercice : 100 % du capital assuré initial, sans excéder 50 000 \$
- Maximum total d'augmentation : 200 % du capital assuré initial, sans excéder 150 000 \$ (Ce maximum est applicable par assuré).

Nombre d'exercices maximum par assuré

Le nombre de droits d'exercice de souscription est limité à deux pour la durée du contrat, avant l'âge de 40 ans de l'assuré.

À l'exercice d'un droit de souscription, la nouvelle assurance vie demandée doit être une assurance normalement émise par la compagnie, à l'exception de toute assurance temporaire.

- La garantie n'est accordée que pour les risques standards c'est-à-dire non supprimés.
- La prime de l'assurance souscrite est basée sur les taux en vigueur à l'âge atteint selon la même classe de risque (sexe et statut de tabagisme) que celle du contrat de base dans lequel la garantie d'assurabilité est incluse. Les taux préférentiels ne peuvent s'appliquer.

Veillez noter que la GA incluse d'office comporte des caractéristiques différentes de la Garantie d'assurabilité (GA) offerte en garantie complémentaire. Pour plus de détails sur

cette dernière, veuillez vous référer au Guide des Avenants et garanties complémentaires dans l'Espace conseiller (Centre de documentation).

7. ASSURANCE TEMPORAIRE

7.1 Choix de protections

ASSURANCE TRADITIONNELLE offre deux choix de protection temporaire :

- T10 (R&T) et T20 (R&T) : Assurance vie temporaire d'une durée de 10 ou 20 ans renouvelable et transformable.
- Multiterme qui offre tous les choix de termes allant de T10 à T40

Ces protections d'assurance temporaire prévoient un capital assuré garanti pendant la période où l'assurance est en vigueur. Elles peuvent être souscrites comme couverture de base ou en avenant, et ce, pour chaque assuré au contrat.

7.2 Types d'assurance

ASSURANCE TRADITIONNELLE offre les types d'assurance temporaire suivants :

- Individuelle
- Assurance conjointe payable au 1er décès, pouvant couvrir jusqu'à 5 personnes (idéal pour la clientèle d'affaires)
- Assurance conjointe payable au 2e décès (T10 et T20 (R&T) seulement)

7.3 Types de capital assuré

T10 (R&T) et T20 (R&T)

Pour les protections T10 (R&T) et T20 (R&T), le capital assuré est uniforme pendant la durée du terme.

Multiterme

Multiterme offre deux types de capital assuré : uniforme et décroissant jusqu'à 50 %.

- Uniforme :

Le capital assuré est égal au capital assuré initial pour la durée de la protection. Ce type de capital assuré est idéal pour les personnes qui désirent un montant d'assurance fixe.

- Décroissant jusqu'à 50 % :

Le capital assuré diminue une fois par année, à l'anniversaire annuel de la protection, en vue d'imiter une décroissance hypothécaire. Le capital assuré initial peut être supérieur au solde du prêt ou de la marge de crédit à l'établissement de la protection.

Dans le cas d'un type décroissant jusqu'à 50 %, le capital assuré décroît pour atteindre 50 % du capital assuré initial et demeurer ensuite uniforme.

La décroissance est calculée comme un calendrier d'amortissement hypothécaire, à raison d'un taux d'intérêt de 8 %. Un calendrier démontrant la décroissance du capital assuré est d'ailleurs joint à chaque nouveau contrat. On ne peut, en cours de terme, changer le capital assuré de décroissant à uniforme.

Notez que le capital assuré peut ne pas correspondre exactement au solde du prêt ou de la marge et qu'aucune preuve de prêt n'est exigible tant à l'émission qu'à la réclamation.

Au cours des 13 mois suivants l'établissement du contrat, le type de capital assuré peut être changé de l'un à l'autre c'est-à-dire de décroissant à uniforme ou d'uniforme à décroissant. À noter que lors d'un changement de capital de décroissant à uniforme, le capital assuré établi correspondra au capital assuré courant au moment du changement. Par la suite, ce type de changement ne peut plus être effectué.

7.4 Capital assuré

Pour l'assuré principal de même que pour chaque assuré additionnel, les montants d'assurance offerts sont les suivants :

- T10 (R&T), T20 (R&T) : 10 000 \$ à 10 000 000 \$⁸
- Multiterme (tous les termes) : 20 000 \$ à 10 000 000 \$⁹

7.5 Âge à l'émission

- T10 (R&T), T20 (R&T) : 0 à 70 ans
- Multiterme :
 - Uniforme : 0 à (85 ans moins la durée du terme)¹⁰

⁸ Un volume d'assurance supérieur à 10 000 000 \$ requiert une cotation spéciale du siège social.

⁹ Un volume d'assurance supérieur à 10 000 000 \$ requiert une cotation spéciale du siège social.

¹⁰ L'âge à l'émission ne peut dépasser 70 ans.

- Décroissant jusqu'à 50 % : 18 à (85 ans moins la durée du terme)¹¹

7.6 Droit de renouvellement

T10 (R&T) et T20 (R&T)

- Les options T10 (R&T) et T20 (R&T) sont renouvelables pour la même durée jusqu'à l'âge de 85 ans de la personne assurée, âge auquel la protection prend fin.
- Les primes de renouvellement sont garanties à l'émission et calculées selon l'âge atteint de l'assuré au moment du renouvellement. Elles sont établies en conservant la classe de risque initiale.
- Le renouvellement s'effectue sans preuve d'assurabilité si le capital assuré est égal ou moindre au capital assuré de base et qu'il est renouvelé pour la même période (sans toutefois excéder l'âge de 85 ans de l'assuré).
- Le renouvellement s'effectue avec preuves d'assurabilité si l'assuré désire modifier sa classe de risque initiale.
- Si l'assuré désire se prévaloir des taux courants, il doit souscrire un nouveau contrat en fournissant des preuves d'assurabilité et tous les documents requis pour procéder par nouvelle émission.

Multiterme

À la fin du terme initial, la protection est automatiquement renouvelée aux conditions suivantes :

- Les taux de renouvellement sont établis selon une base temporaire renouvelable annuellement (TRA). Ces derniers sont garantis à l'émission et les primes de renouvellement sont calculées en fonction du capital assuré courant et de l'âge atteint de l'assuré au moment du renouvellement. Les primes de renouvellement pourraient donc être différentes si, au moment du renouvellement, le capital assuré a changé.
- Si une protection crédit invalidité est présente au contrat, celle-ci se renouvelle automatiquement et la prime demeure inchangée jusqu'à la fin de la protection soit, jusqu'à l'âge de 60 ans pour les options de prestation 2 ans ou 5 ans et jusqu'à l'âge de 65 ans pour l'option jusqu'à 65 ans.

¹¹ L'âge à l'émission ne peut dépasser 70 ans

- Le renouvellement s’effectue sans preuve d’assurabilité si :
 - le capital assuré est égal ou moindre au capital assuré au moment du renouvellement.
- Le renouvellement s’effectue avec preuve d’assurabilité si :
 - l’assuré désire augmenter son capital assuré ou modifier son statut de tabagisme.
- Lorsque la personne assurée atteint l’âge de 100 ans (lorsque la personne la plus âgée atteint cet âge dans le cas d’une protection conjointe), l’assurance est libérée pour le plein capital assuré. À ce moment, le capital assuré est maintenu.

Une demande écrite de la part du contractant doit être envoyée au siège social pour le non-renouvellement de la protection.

7.7 Droit de transformation

7.7.1 De temporaire à permanent

- Les protections T10 (R&T), T20 (R&T) et Multiterme sont transformables, avant l’âge de 71 ans de la personne assurée, en toute protection vie entière traditionnelle ou vie universelle offerte par la compagnie au moment de la transformation. Notons toutefois que les protections Vie et Sérénité 65 ainsi que Duo Vie et Santé – Enfant ne sont pas disponibles pour la transformation.
- Une protection vie individuelle peut être transformée en une protection vie individuelle seulement. De même, une protection d’assurance vie conjointe payable au premier décès (ou 2e décès), peut être transformée en une protection d’assurance vie entière conjointe payable au premier décès (ou 2e décès).
- Les primes sont calculées selon l’âge atteint de l’assuré au moment de la transformation. Elles sont établies en conservant la classe de risque initiale (non préférentielle, Privilège ou Élite) et le statut initial de tabagisme.
- La transformation s’effectue sans preuve d’assurabilité si :
 - Le capital assuré est égal ou moindre au capital assuré de base de l’assurance temporaire.

- La transformation s'effectue avec preuves d'assurabilité si :
 - l'assuré désire augmenter son capital assuré, modifier sa classe de risque initiale ou son statut de tabagisme.
- Pour une protection Multiterme à capital décroissant, le capital assuré correspond au capital assuré courant au moment de la transformation.
- Lorsque la protection Multiterme vie est transformée en une protection vie entière, l'avenant crédit invalidité se termine.
- Pour une transformation en protection Capital Valeur, seule la protection avec achat d'assurance libérée avec le boni est permise (l'option avec achat d'assurance libérée avec le fonds n'est pas disponible).

7.7.2 De temporaire à temporaire

Une assurance temporaire 10 ans (T10 R&T et Multiterme 10 ans) peut être transformée en assurance temporaire de 20 ou 30 ans à capital uniforme, selon le besoin du client.

Transformations permises :

La transformation temporaire à temporaire peut avoir lieu uniquement dans les 5 premières années de la police, sans jamais dépasser l'âge maximal à l'émission du produit transformé.

La transformation partielle :

Une protection vie individuelle peut être transformée en une protection vie individuelle seulement. De même, une protection d'assurance vie conjointe payable au premier décès (ou 2e décès), peut être transformée en une protection d'assurance vie conjointe payable au premier décès (ou 2e décès);

Transformations non permises :

Les transformations en Multiterme à capital décroissant à 50 %;

Calcul de la prime :

- Les primes sont calculées selon l'âge atteint de l'assuré au moment de la transformation.

- Les primes sont établies en conservant la classe de risque initiale (non préférentielle, Privilège ou Élite) et le statut initial de tabagisme.

Preuve d'assurabilité :

- La transformation s'effectue **sans** preuve d'assurabilité si le capital assuré est égal ou moindre au capital assuré de base du temporaire 10 ans;
- La transformation s'effectue **avec** preuve d'assurabilité si l'assuré désire augmenter son capital assuré, modifier sa classe de risque initiale ou son statut de tabagisme.

7.8 Tableau des possibilités de transformation du T10

Départ	Arrivée
T10 R&T	T20 R&T Multiterme 20 ans (uniforme) Multiterme 30 ans (uniforme) T20 R&T – PU (si police base PU en vigueur)
Multiterme 10 ans	T20 R&T Multiterme 20 ans (uniforme) Multiterme 30 ans (uniforme) T20 R&T – PU (si police base PU en vigueur)
T10 R&T – PU	T20 R&T – PU T20 R&T – Traditionnelle (nouvelle police si besoin) Multiterme 20 ans (nouvelle police si besoin) Multiterme 30 ans (nouvelle police si besoin)

8. ASSURANCE SUR BASE CONJOINTE

Chaque assuré conjoint doit être âgé d'au moins 15 ans à l'émission.

8.1 Assurance vie entière

L'assurance vie entière sur base conjointe assure la vie de **deux** personnes et prévoit le paiement du capital assuré selon l'une des trois options suivantes :

Assurance conjointe payable au 1er décès :

La prestation de décès est payable au 1er décès de l'un des assurés et la police prend fin à ce moment.

De plus, si, dans les 45 jours qui suivent le 1er décès, l'assuré survivant décède alors qu'il est âgé de moins de 70 ans, la compagnie versera au bénéficiaire un montant additionnel égal à la prestation de décès.

Jour 0	Jour 1-45	Capital versé
Décès de l'assuré 1 ou 2	Aucun décès	1 fois
Décès de l'assuré 1 ou 2	L'assuré survivant décède alors qu'il est âgé de moins de 70 ans.	2 fois

Dans le cas de **décès simultanés** des assurés ou dans des circonstances où il n'est pas possible de déterminer quel assuré est décédé le premier, l'assuré le plus jeune est réputé avoir survécu à l'autre assuré.

Décès simultanés des deux assurés	Capital versé
Si l'un des 2 assurés est âgé de moins de 70 ans	2 fois
Si les 2 assurés sont âgés de plus de 70 ans	1 fois

Assurance conjointe payable au 2e décès :

La prestation de décès est payable au 2e décès et il y a maintien du paiement des primes après le 1er décès.

Assurance conjointe payable au 2e décès, libérée au 1er décès :

La prestation de décès est payable au 2e décès et il y a libération des primes après le 1er décès. Cette option est offerte seulement pour les protections vie entière V10, V20, V65, V100 et T100.

L'assurance conjointe peut être souscrite sur la vie de deux personnes du même sexe ou de sexes opposés.

8.2 Assurance temporaire

8.2.1 T10 (R&T) et T20 (R&T)

Les protections T10 (R&T) et T20 (R&T) offrent la possibilité de souscrire une assurance conjointe selon les deux options suivantes :

Assurance conjointe payable au 1er décès :

De deux à cinq personnes peuvent être couvertes en vertu de l'assurance conjointe payable au 1er décès. La prestation de décès est payable au 1er décès de l'un des assurés et la police prend fin à ce moment.

De plus, si, dans les 45 jours qui suivent le 1er décès, l'un des assurés survivants décède alors qu'il est âgé de moins de 70 ans, la compagnie versera au bénéficiaire un montant additionnel égal à la prestation de décès.

Assurance conjointe payable au dernier décès :

De deux à cinq vies peuvent être couvertes en vertu de l'assurance conjointe payable au dernier décès. La prestation de décès est payable au dernier décès et il y a maintien du paiement des primes après le 1er décès.

8.2.2 Multiterme

Multiterme offre la possibilité de souscrire une assurance conjointe sur la tête de deux à cinq personnes selon l'unique option suivante :

Assurance conjointe payable au 1er décès :

La prestation de décès est payable au premier décès de l'un des assurés et la police prend fin à ce moment.

Prolongation d'assurance

Si, au plus tard 45 jours suivant le premier décès, l'un des assurés survivants décède alors qu'il est âgé de moins de 70 ans, la Compagnie versera au bénéficiaire un montant additionnel égal à la prestation de décès.

Dans le cas de décès simultanés des assurés ou dans des circonstances qui font qu'il n'est pas possible de déterminer quel assuré est décédé le premier, pour le versement des prestations de décès, l'assuré le plus jeune est réputé avoir survécu à l'autre assuré.

Décès #1 : Jour 0	Décès #2 : Jour 1-45	Capital versé
Assuré 1 ou 2	Aucun	1 fois
Assuré 1 ou 2	Assuré 1 ou 2 si âgé de moins de 70 ans	2 fois
Assuré 1 et Assuré 2	Si l'un des 2 assurés est âgé de moins de 70 ans	2 fois
Assurés	Si les deux assurés sont âgés de plus de 70 ans	1 fois

Cette prestation est accordée à la condition que le choix décrit à la section 5.3.1 « Nouveau contrat à la suite d'un décès » n'ait pas été exercé.

8.3 Primes

La prime d'assurance conjointe est calculée selon l'âge équivalent ou selon la règle du pourcentage (%). Veuillez vous référer au logiciel d'illustration pour le calcul de la prime.

La règle du pourcentage accorde un escompte sur la somme des deux primes, prises individuellement.

Escompte de la prime (%)		
Différence d'âge ¹²	1 ^{er} décès	Dernier décès
0 à 10 ans	10 %	65 %
11 ans et plus	5 %	60 %

8.4 Tableau résumé

Disponibilité Assurance conjointe payable au :				
Protections	Méthode de calcul	1 ^{er} décès	Dernier décès	2 ^e décès, libérée au 1 ^{er} décès
V10, V20, V65, V100, T100	Âge équivalent (Homme non-fumeur)	Disponible	Disponible	Disponible
T10 (R&T) T20 (R&T)	Règle du %	Disponible	Disponible	Non disponible
Multiterme	Règle du %	Disponible	Non disponible	Non disponible

¹² Lorsqu'une protection conjointe Multiterme couvre plus de 2 assurés, l'écart d'âge est calculé en fonction de l'âge de l'assuré le plus jeune et de celui de l'assuré le plus âgé.

8.5 Modifications possibles en cours de contrat

8.5.1 Nouveau contrat à la suite d'un décès

Applicable à une assurance conjointe 1er décès seulement.

Au plus tard 45 jours suivant le premier décès, le ou les survivants âgés de moins de 70 ans peuvent demander la transformation de l'assurance – sans preuve d'assurabilité –

- en une protection d'assurance vie entière individuelle, si la protection conjointe visait deux assurés;
- en une protection d'assurance vie entière conjointe, si la protection conjointe visait au moins trois assurés.

Le capital assuré de la nouvelle protection ne doit pas excéder le capital assuré sur base conjointe de la protection antérieure. La nouvelle protection est alors établie selon l'âge atteint de l'assuré survivant et selon les conditions de la protection d'assurance établie sur base conjointe, et le statut initial de tabagisme.

8.5.2 Dissociation

Sous réserve du consentement du contractant et du bénéficiaire irrévocable s'il y a lieu, les **assurés additionnels** peuvent se dissocier et continuer d'être assurés au terme de leur propre police ASSURANCE TRADITIONNELLE ou d'une police équivalente, sans devoir soumettre de preuve d'assurabilité.

Lors d'une dissociation, les modalités suivantes s'appliquent :

- La date d'effet de la nouvelle police est la même que celle de l'assurance en vigueur aux termes de l'ancienne police.
- Le montant d'assurance de la nouvelle police est le même que celui en vigueur aux termes de l'ancienne police.
- Les frais annuels de police sont payables en vertu de la nouvelle police.

8.5.3 Dissolution

La dissolution est permise pour une assurance conjointe – 1er décès seulement.

ASSURANCE TRADITIONNELLE accorde la possibilité aux assurés (conjoints ou associés en affaires) de transformer leur protection d'assurance conjointe par une nouvelle protection d'assurance sur la vie de chacun des assurés, sans preuve d'assurabilité.

Les options V20, V65 et V100 établies sur base conjointe ne doivent pas avoir été transformées en assurance libérée réduite pour se prévaloir de cette possibilité.

Lors d'une dissolution :

- De nouvelles polices sont émises :
 - sur base individuelle à la date de réception de la demande;
 - sans preuve d'assurabilité;
 - selon le statut de tabagisme de chacun des deux assurés à la date originale d'émission de la police d'assurance conjointe.
- La protection de chaque assuré est égale à 50 % du capital assuré sur base conjointe de la police antérieure.
- Les primes sont établies selon :
 - l'âge de chaque assuré et le taux en vigueur, à la date d'émission de la police conjointe;
 - la bande de taux correspondant au nouveau montant d'assurance.
- La date d'effet des polices individuelles est la même que celle de la police conjointe.

8.6 Modification de la proposition lorsqu'une des vies n'est pas assurable

Seule une police conjointe **payable au dernier décès** permet de couvrir un assuré non assurable. L'assuré non assurable est permis avec les protections suivantes : V10, V20, V65, V100, T100, T10 (R&T), T20 (R&T).

Demande d'assurance conjointe payable au 1er décès :

Ce type d'assurance conjointe n'est pas permis avec une vie non assurable. La proposition initiale d'assurance conjointe est modifiée pour offrir une police individuelle sur la vie assurable. Les primes sont établies selon l'âge, le sexe et la classe de risque de la vie assurable.

Demande d'assurance conjointe payable au dernier décès :

La proposition initiale d'assurance conjointe est maintenue et une police payable au dernier décès sera émise. Les primes sont établies selon l'âge, le sexe et la classe de risque de la vie assurable.

Demande d'assurance conjointe payable au dernier décès, libérée au 1er décès :

Ce type d'assurance conjointe n'est pas permis avec une vie non assurable. Par conséquent, la proposition initiale d'assurance conjointe sera maintenue et une police payable au dernier décès, **sans être libérée au 1er décès**, sera émise. Les primes sont établies selon l'âge, le sexe et la classe de risque de la vie assurable.

Veillez noter qu'une protection conjointe avec une vie non assurable ne peut pas être illustrée.

8.7 Exigences médicales

Chaque assuré est sujet aux exigences médicales correspondant à son âge réel (et non à l'âge équivalent).

9. PRIMES

9.1 Primes par bandes

Les primes d'assurance vie sont calculées en fonction du capital assuré au moment de l'émission. Elles sont **nivelées et garanties** pour la durée initiale de la protection. Les primes se fondent sur l'âge, le sexe, les habitudes de tabagisme et l'état de santé de chaque personne assurée. Les primes sont offertes selon les six bandes suivantes :

Bande	Volume d'assurance (\$)
1	10 000 à 49 999 \$
2	50 000 à 99 999 \$
3	100 000 à 199 999 \$
4	200 000 à 499 999 \$
5	500 000 \$ à 999 999 \$
6	1 000 000 \$ et +

Ces bandes s'appliquent au capital assuré de la protection individuelle pour chaque assuré, et non à l'ensemble des protections d'assurance.

9.2 Tarification préférentielle

ASSURANCE TRADITIONNELLE offre une tarification préférentielle sur ses protections temporaires tant aux assurés fumeurs qu'aux assurés non-fumeurs dont l'âge se situe entre 15 et 85 ans. La tarification préférentielle est disponible pour un capital assuré égal ou supérieur à 2 000 001 \$ **par contrat**.

BANDE	VOLUME D'ASSURANCE (\$)	CLASSES PRÉFÉRENTIELLES	
		Privilège (Fumeur/ non-fumeur)	Élite (Fumeur/non-fumeur)
6	2 000 001 \$ et +	Disponible	Disponible
1 à 6	10 000 \$ à 2 000 000 \$	Non disponible	

Admissibilité aux classes préférentielles :

- Privilège (Fumeur/non-fumeur) :

Admissible à l'assuré qui présente un risque inférieur à celui de la moyenne des assurés.

- Élite (Fumeur/non-fumeur) :

Admissible à l'assuré qui présente un risque de beaucoup inférieur à celui de la moyenne des assurés.

Les quatre classes préférentielles permettent au client de profiter d'une réduction de prime très intéressante selon les résultats de son état de santé, de sa condition physique, de son style de vie et de son historique familial. Toutefois, des examens paramédicaux sont exigibles afin de permettre au Service de la tarification d'identifier la classe à laquelle l'assuré est admissible. Pour obtenir tous les détails, consultez le Guide d'information sur la tarification préférentielle (F13-408) ainsi que le Tableau des exigences médicales (F13-166) disponibles sur le centre de documentation de l'Espace conseiller.

9.3 Paiement des primes

Le client a le choix de verser ses primes sur une base annuelle, semestrielle ou trimestrielle, de même que mensuelle par prélèvements préautorisés (PAC). Si les versements s'effectuent sur base mensuelle, la prime correspond à la prime annuelle multipliée par 0,09. Pour connaître le facteur de conversion des autres options, veuillez communiquer avec le siège social.

10. PROTECTIONS COMPLÉMENTAIRES

Une couverture d'assurance complète et adaptée aux besoins particuliers de chacun est la pierre angulaire d'un bon programme de sécurité financière. C'est pourquoi nous offrons un vaste choix de protections complémentaires qui permettront à vos clients d'être bien protégés lorsque certaines situations difficiles surviendront.

Garanties complémentaires :

- Décès accidentel (DA)
- Décès et mutilation accidentels (DMA)
- Exonération de primes en cas d'invalidité du contractant (EPIC)
- Exonération de primes en cas d'invalidité de l'assuré (EPIA)
- Exonération de primes en cas de décès du contractant (EPDC)
- Fracture accidentelle (FA)
- Garantie d'assurabilité (GA)
- Maladie grave enfant

Il est à noter que lorsque l'assurance Multiterme est souscrite sur une base conjointe, les assurés devront être couverts pour les mêmes garanties complémentaires.

Avenants :

- Avenant crédit invalidité
- Hospitalisation
- Hospitalisation et Soins à domicile
- Maladie grave
- Module enfant
- Module enfant PLUS
- Revenu d'appoint (RA)
- Soins paramédicaux en cas d'accident

Note : Lorsqu'une assurance sur base conjointe assure plus de deux vies, seules les protections complémentaires EPIC, EPDC et Crédit invalidité sont disponibles.

Voyez tous les détails de ces protections complémentaires dans le [GUIDE DES AVENANTS ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES](#) disponible sur le centre de documentation de l'Espace conseiller.

11. FRAIS DE POLICE

Assurance sur base individuelle :

- 1 assuré : 60 \$
- 2 assurés et plus : 90 \$

Assurance sur base conjointe :

- Sans assuré additionnel : 90 \$
- Avec assuré additionnel : 120 \$

Les frais sont garantis et sont facturés tant que la police comporte des protections d'assurance non libérées.

12. FRAIS DE TRANSACTION

Pour connaître les différents frais de service, rendez-vous dans le centre de documentation de l'Espace conseiller sous : *Assurance individuelle/Administration et formulaires/Guide des politiques et procédures/section Frais de transaction.*

13. ANNEXE I – DÉFINITION DES MALADIES GRAVES ET DES AFFECTIONS

Vous trouverez ci-joint une définition pour chacune des 25 maladies graves et affections couvertes par le Duo Vie & Santé - Enfant.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou une embolie de source extracrânienne, avec l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et de nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'AVC doit être posé par un spécialiste. Une période de survie de 30 jours s'applique.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la présente définition d'AVC.

Anémie aplastique

Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance 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 :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs;
- greffe de moelle osseuse.

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

Brûlures graves

Diagnostic formel de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cancer (mettant la vie en danger)

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

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« 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 noeuds lymphoïdes ou de métastases;
- cancer de la peau sans présence de mélanome, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

De plus, aucune prestation maladie grave ne sera versée si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente police), sans égard à la date d'établissement du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente police).

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

Aux fins de la présente 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).

Aux fins de la présente 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

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux mise attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste

Chirurgie de l'aorte

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. Une période de survie de 30 jours s'applique.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans tout cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutané ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans les cas suivants :

- le coma médicalement provoqué;
- le coma résultant directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Crise cardiaque

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

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) qui indiquent une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. Une période de survie de 30 jours s'applique.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans les cas suivants :

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

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

Diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. L'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. La date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de l'assuré dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Démence, y compris la maladie d'Alzheimer

Diagnostic formel de démence, soit 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 (par exemple, 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, 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 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.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée pour tout cas de trouble affectif, de trouble schizophrénique ou de délire.

Aux fins de la présente 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.

Greffe d'un organe vital

Intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. L'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Infection à VIH contractée au travail

Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet de la police ou la date de la dernière remise en vigueur de la police si cette date est ultérieure.

La prestation maladie grave n'est versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit nous être signalée dans les 14 jours suivant cette dernière;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans les cas suivants :

- l'assuré a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection à VIH ne résulte pas d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Insuffisance rénale

Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Maladie de Parkinson : diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblements 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 : diagnostic formel 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 spécialiste.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée pour tout autre type de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation maladie grave n'est versée si, dans la première année suivant la date d'effet de la protection ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à un l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, sans égard à 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 nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur 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 motoneurone

Diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie

bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire. Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.

Méningite purulente

Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie

Diagnostic formel 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 relever 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 l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres

Diagnostic formel de la séparation complète de deux ou plusieurs membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Pontage aortocoronarien

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. Une période de survie de 30 jours s'applique.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutané ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

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. Une période de survie de 30 jours s'applique.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutané ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques précises persistant pendant une période continue de plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation;

- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux démontrant des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

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

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne

Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre de moins de 10 mm.

De plus, aucune prestation maladie grave n'est versée si, dans les 90 jours suivant la date la plus récente de la date d'effet de la protection, ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police si cette date est postérieure, 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 en vertu de la présente police), sans égard à la date d'établissement du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente police).

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

14. ANNEXE II - DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES JUVÉNILES

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

Une période de survie s'applique pour certaines maladies graves juvéniles couvertes. Lorsqu'aucune période de survie ne s'applique à une maladie grave juvénile couverte, l'assuré doit être en vie au moment où le diagnostic est établi. Le diagnostic d'une maladie grave juvénile doit être posé avant que l'assuré n'atteigne son 25^e anniversaire de naissance.

Les maladies graves juvéniles suivantes sont couvertes en vertu de la présente police :

Diabète sucré de type 1

Diagnostic formel du Diabète sucré de type 1, caractérisé par une déficience absolue de sécrétion d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste pratiquant au Canada ou aux États-Unis. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de trois mois.

Dystrophie musculaire

Diagnostic formel de dystrophie musculaire, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste.

Fibrose kystique

Diagnostic formel de fibrose kystique mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique et un taux élevé de chlore dans la sueur (60 mmol/L et plus). Le diagnostic doit être posé par un spécialiste.

Maladies congénitales du cœur

Diagnostic formel d'une des maladies congénitales du cœur présentées ci-dessous, posé par un spécialiste et supporté par une imagerie cardiaque appropriée.

1. Les maladies congénitales du cœur suivantes sont couvertes :

- retour veineux anormal
- transposition des gros vaisseaux
- atrésie d'une valve cardiaque
- coarctation de l'aorte
- ventricule unique
- hypoplasie cœur gauche
- ventricule gauche à double issue
- tronc artériel commun
- tétralogie de Fallot
- syndrome d'Eisenmenger
- ventricule à double voie d'entrée
- hypoplasie ventricule droit
- maladie d'Ebstein

2. Les maladies congénitales du cœur suivantes sont couvertes si une chirurgie à cœur ouvert est jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

- sténose pulmonaire
- sténose aortique
- sténose subvalvulaire aortique légère
- communication inter ventriculaire
- communication inter auriculaire

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans le cas d'une maladie congénitale du cœur qui n'est pas listée aux points 1 et 2 susmentionnés et pour les techniques telles que la valvuloplastie et la fermeture de communication inter auriculaire percutanée.

Paralysie cérébrale

Diagnostic formel de paralysie cérébrale, révélé par des troubles neurologiques non évolutifs caractérisés par des spasmes et une incoordination des mouvements. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste.

15. ANNEXE III – DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES EN VERTU DE LA PRESTATION +

Une période de survie s'applique pour certaines maladies graves couvertes en vertu de la prestation Prévention +. Lorsqu'aucune période de survie ne s'applique à une maladie grave couverte, l'assuré doit être en vie au moment où le diagnostic est établi.

Les maladies graves suivantes sont couvertes en vertu de la prestation Prévention + :

Angioplastie coronarienne

Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation sanguine ininterrompue. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. Une période de survie de 30 jours s'applique.

Carcinome canalaire *in situ* du sein

Diagnostic formel de carcinome canalaire *in situ* (Tis) du sein. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Diagnostic formel du cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b). Le diagnostic doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1

Diagnostic formel d'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 noeuds lymphoïdes ni métastases. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai

Diagnostic formel, confirmé par des analyses sanguines pertinentes, de leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente 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).

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée pour le cas d'une lymphocytose monoclonale de signification indéterminée.

Mélanome malin au stade 1

Diagnostic formel d'un mélanome malin au stade 1A ou 1B non ulcéré dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

Exclusions de la présente définition :

Aucune prestation maladie grave n'est versée dans le cas d'un mélanome malin in situ.

Tumeurs stromales gastro-intestinales et tumeurs neuroendocrines (stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC)

Diagnostic formel de tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et de tumeurs neuroendocrines malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.



SRMS10-1121-08 | ACC

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel
l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.

ia.ca