

Le présent document n'est pas une copie de la police. Il vous résume cependant toutes les garanties d'assurance qui en font partie, sans que, pour autant, vous participiez à toutes ces garanties. Advenant une divergence entre le libellé du document et la police, c'est la police qui fera autorité dans la mesure prévue par la loi.

POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE NUMÉRO : **330007 - 00**

Conformément aux termes et conditions de la police émise à :

ASSOCIATION ÉTUDIANTE DU CÉGEP DE LÉVIS (AECL)

« le preneur »

HUMANIA ASSURANCE INC.

« l'assureur »

s'engage à payer les prestations ou indemnités prévues aux termes de la police, contre paiement par le preneur des primes exigées.

Date d'entrée en vigueur : Le 1^{er} septembre 2022

Ce document renferme des renseignements importants et doit être conservé en lieu sûr.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	3
Assurance santé complémentaire.....	3
Assurance frais dentaires	6
Assurance maladies graves du participant	8
IDENTIFICATION DES PARTIES.....	9
DÉFINITIONS.....	11
CONDITIONS GÉNÉRALES	16
DESCRIPTION DES GARANTIES	23
Assurance santé complémentaire.....	23
Assurance frais dentaires	28
Assurance maladies graves du participant	34

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Dispositions générales

Catégorie 1	Tous les étudiants admissibles
Période de couverture	1 ^{er} septembre 2022 au 31 août 2023
Terminaison	La présente garantie prend fin à la première des éventualités suivantes : <ol style="list-style-type: none"> lorsque le participant atteint l'âge de quatre-vingt-dix-neuf (99) ans; à la date d'annulation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

Couverture

Franchise	Aucune
Maximum global 1	400 \$ / période de couverture
Maximum global 2	300 \$ / période de couverture

Frais complémentaires

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

	Coassurance	Maximum par couverture	Maximum global
Hospitalisation (chambre semi-privée)	100 %	30 \$ / jour, 7 jours consécutifs par hospitalisation, 300 \$ par période de couverture	1

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Vaccins préventifs	60 %	100 \$ / période de couverture	1
Frais institutionnels	50 %	125 \$ / période de couverture	1
Ambulance (par voie terrestre)	60 %	300 \$ / période de couverture	1

Services diagnostiques

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Radiographies et échographies en clinique privée (incluant échographies de maternité)	60 %	100 \$ / période de couverture	1
Tests sanguins (incluant bilans de santé)	60 %	100 \$ / 12 mois consécutifs	1

Fournitures médicales

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Location de béquilles ou de chaise roulante	60 %	100 \$ / période de couverture	1
---	------	--------------------------------	---

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Professionnels de la santé

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Acupuncteur	100 %	25 \$ / visite, maximum 200 \$ / période de couverture	2
Diététiste			
Massothérapeute (recommandation médicale requis)			
Chiropraticien	100 %	30 \$ / visite, maximum 200 \$ / période de couverture	2
Ostéopathe			
Physiothérapeute			
Psychologue			

Soins de la vue

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Examen de la vue	100 %	30 \$ / 12 mois consécutifs	2
Lunettes et lentilles cornéennes	100 %	75 \$ / 24 mois consécutifs	2

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Dispositions générales

Catégorie 1	Tous les étudiants admissibles
Période de couverture	Du 1 ^{er} septembre 2022 au 31 août 2023
Terminaison	La présente garantie prend fin à la première des éventualités suivantes : <ol style="list-style-type: none"> lorsque le participant atteint l'âge de quatre-vingt-dix-neuf (99) ans; à la date d'annulation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

Couverture

Franchise	Aucune
Guide des tarifs	Guide de l'année en cours de la province de résidence de l'assuré.
Paiement direct	Oui
Maximum global	350 \$ / période de couverture

Soins diagnostics et préventifs

Coassurance

Maximum par couverture

Diagnostic Examens et radiographies	65 %	Aucun
Prévention Nettoyage et polissage	65 %	

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Soins de base

Coassurance

Maximum par couverture

Chirurgie Extractions	75 %	250 \$ / période de couverture
Anesthésie générale Lors d'une chirurgie ou d'un traitement	75 %	
Restaurations mineures Obturations (plombages)*	55 %	
Périodontie Traitement des gencives	75 %	
Endodontie Traitement de canal	75 %	

* Les obturations en amalgame (plombages gris) pour les molaires et en composite (plombages blancs) pour les autres dents.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

Dispositions générales

Catégorie 1	Tous les étudiants admissibles
Période de couverture	1 ^{er} septembre 2022 au 31 août 2023
Terminaison	<p>La présente garantie prend fin à la première des éventualités suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. lorsque le participant atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans;2. au décès du participant;3. à la date où une deuxième indemnité de maladies graves est versée, à l'exception de l'indemnité en vertu d'un cancer non mortel;4. à la date où la garantie a été transformée en tout ou en partie;5. à la date d'annulation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

Couverture

Montant en cas de maladies graves	2 500 \$
Nombre de maladies	25 maladies

IDENTIFICATION DES PARTIES

Administrateur de régime

Organisation responsable de l'administration du présent contrat d'assurance collective ainsi que du paiement des réclamations des garanties d'assurance santé complémentaire et d'assurance frais dentaires. Dans le cadre de ce contrat, l'administrateur de régime est Plan Major inc.

Assuré

Le participant et ses personnes à charge lorsque l'assurance est entrée en vigueur selon les conditions de la police.

Assureur

L'assureur est Humania Assurance inc.

CÉGEP

Le Cégep est l'institution d'enseignement tel qu'indiqué à la proposition d'assurance collective.

Étudiant

L'étudiant est une personne membre de l'Association Étudiante Du Cégep De Lévis (AECL) ainsi que les étudiants non-membre de l'association étudiante en stage autorisé par l'institution.

Participant

Le participant est l'étudiant admissible à l'assurance et assuré en vertu de ce contrat.

Personne à charge

L'enfant à charge d'un participant qui a été déclaré à l'assureur et tel que défini ci-après :

Enfant à charge

Pour être admissible, l'enfant du participant ou de son conjoint doit être célibataire et sans emploi à plein temps, il doit résider au Canada et doit dépendre du participant ou de son conjoint pour son soutien. De plus, l'enfant doit :

1. être âgé de moins de vingt et un (21) ans; ou
2. être âgé de vingt et un (21) ans à vingt-cinq (25) ans inclusivement et fréquenter une maison d'enseignement reconnue où il est inscrit à titre d'étudiant à temps plein; ou

IDENTIFICATION DES PARTIES

3. quel que soit son âge, avoir été frappé d'invalidité totale avant son dix-huitième (18^e) anniversaire de naissance et demeurer totalement invalide depuis.

Preneur

Le preneur est celui désigné comme tel dans la proposition d'assurance collective. Il constitue avec l'assureur l'une des deux parties à ce contrat.

DÉFINITIONS

A

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

B

Blessure corporelle

Lésion corporelle résultant directement d'un accident subi par l'assuré alors que la police est en vigueur.

C

Coassurance

Pourcentage des frais admissibles assumés par l'assureur.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie nécessitant l'intervention d'un anesthésiste.

D

Dentiste

Tout dentiste ou chirurgien-dentiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

DÉFINITIONS

Denturologiste

Tout denturologiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le denturologiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

F

Franchise

Partie des frais admissibles que doit assumer l'assuré avant que l'assureur n'effectue un remboursement. La franchise ne s'applique qu'une fois par année de couverture.

Les frais admissibles assumés par l'assuré au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de l'année, sont appliqués en réduction de la franchise de l'année suivante.

Frais raisonnables, ordinaires et habituels

Sont les honoraires ou frais qui ne dépassent pas le tarif généralement exigé par d'autres professionnels, établissements de santé similaires ou pharmacies de la même juridiction lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables.

Frais admissibles

Désigne les frais encourus par l'assuré pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- sont inclus dans les couvertures prévues au Sommaire des garanties; et
- sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels; et
- sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé; et
- sont approuvés par l'assureur; et
- excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental.

DÉFINITIONS

G

Guide des tarifs

Désigne le guide des tarifs et nomenclature des actes bucco dentaires indiqué au Sommaire des garanties. S'il n'y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui de la province du Québec.

H

Hôpital

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins de courte durée en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, à l'exception toutefois de l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents.

Hospitalisation

Séjour à l'hôpital d'une durée minimale de dix-huit (18) heures à titre de patient alité ou à la suite d'une chirurgie d'un jour.

J

Jour

Jour calendrier, sauf indication contraire dans la garantie.

M

Maison de convalescence

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins prolongés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, et l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents dans un hôpital.

DÉFINITIONS

Médecin

Professionnel de la santé légalement autorisé à pratiquer la médecine au Canada, en vertu de son doctorat en médecine (M.D.), qui est membre en règle de sa corporation professionnelle et qui pratique activement sa profession au Canada.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin et qui n'a pas été causé par un accident.

Maximum

Désigne le montant maximal de couverture disponible pour une période déterminée pour chaque assuré, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties, après application de la franchise, du ticket modérateur et de la coassurance, s'il y a lieu.

P

Période de modification et de désistement

Est la période prédéterminée par l'association étudiante et l'administrateur de régime pendant laquelle un participant peut apporter des modifications à son régime ou s'en désister. Cette période est communiquée sur le site web de l'administrateur de régime.

Professionnel de la santé

Désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer une profession pour laquelle des services médicaux sont administrés. Les professionnels de la santé incluent les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les infirmières praticiennes ou tout autre professionnel approuvé par l'assureur.

DÉFINITIONS

R

Régime gouvernemental

Désigne tout régime d'assurance qui est établi par tout gouvernement ou agence gouvernementale ou qui est sous son contrôle administratif.

S

Services diagnostiques

Désignent les examens et les tests médicaux nécessaires afin d'identifier la nature ou l'étendue d'une maladie ou d'une blessure et qui sont administrés à la personne assurée dans les bureaux d'un médecin ou d'un dentiste, dans un hôpital ou encore dans un établissement privé de soins de santé préalablement approuvé par l'assureur, lorsque ces examens et tests ont été prescrits par un médecin, un dentiste ou une infirmière praticienne.

T

Ticket modérateur

Montant que doit assumer l'assuré pour chaque médicament admissible avant l'application de la coassurance.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Adhésion

Étudiant

L'adhésion est automatique pour tous les étudiants admissibles avec possibilité de retrait pendant la période de modification et de désistement.

Personne à charge

Si un étudiant désire assurer ses personnes à charge en vertu de ce contrat, il doit remplir et transmettre à l'administrateur de régime une demande d'assurance à cet effet pendant la période de modification et de désistement.

Admissibilité

Étudiant

Un étudiant membre de l'Association Étudiante Du Cégep De Lévis (AECL) et assuré par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence.

Nonobstant ce qui précède, les membres de l'Association Étudiante Du Cégep De Lévis (AECL) qui ne sont ni citoyens, ni résidents canadiens, pourront bénéficier du régime de protection seulement s'ils sont assurés par le régime d'assurance maladie de leur province de résidence ou par un régime privé équivalent.

Personne à charge

La personne à charge d'un participant devient admissible à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date à laquelle le participant dont elle est à charge devient admissible à l'assurance;
- la date à laquelle elle répond à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat.

Cession

Ni la police, ni l'assurance d'un participant ne peuvent être cédées ou hypothéquées.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Changements de politiques gouvernementales

La prime est établie en tenant compte des prestations payables en vertu des lois sociales actuellement en vigueur. Advenant modification à ces lois affectant les obligations de l'assureur, celui-ci peut ajuster la prime en conséquence, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification.

De plus, advenant toute divergence entre les termes et conditions de la présente police et la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec, la loi aura préséance.

Contrat

La police, la proposition d'assurance et les demandes d'assurance des participants constituent le contrat.

Lorsqu'il est fait mention d'une date pour la prise d'effet, la cessation ou la modification de toute garantie, la prise d'effet a lieu à cette date à 00:01, au lieu d'établissement principal du preneur.

Demande de prestation et paiement

Toute demande de prestation doit être détaillée à la satisfaction de l'assureur, produite par écrit et envoyée au siège social de l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestation pour les demandes reçues au-delà de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation du contrat.

Tout paiement est fait en monnaie légale du Canada.

Assurance maladies graves

Le preneur ou l'assuré est tenu d'informer par écrit l'assureur du sinistre dans les trente (30) jours suivant la date de l'événement.

Sous réserve de l'obligation d'informer l'assureur de certaines maladies graves, décrit à la clause *Obligation d'informer l'Assureur* le défaut de transmettre la demande de prestation ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestation, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

CONDITIONS GÉNÉRALES

L'assuré doit se soumettre à tout examen médical lorsque l'assureur le demande en raison de la nature de l'invalidité.

Entrée en vigueur de l'assurance

Étudiant

L'assurance de l'étudiant prend effet à la date d'entrée en vigueur du contrat de l'année scolaire en autant qu'il rencontre les conditions suivantes :

- être activement aux études;
- être couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence ou par une assurance privée équivalente;
- ne pas s'être désisté lors de la période de modification et de désistement;
- que ses frais de scolarité aient été acquittés en entier. Toute demande de réclamation effectuée après le début de la session en cours, mais avant le paiement des frais de scolarité sera admissible à un remboursement après le paiement des frais de scolarité et à condition que toutes les autres conditions de prise d'effet de l'assurance soient remplies.

Personne à charge

L'assurance d'une personne à charge entre en vigueur :

- à la même date que celle de l'entrée en vigueur de l'assurance du participant, lorsque l'administrateur de régime a reçu le formulaire concernant les personnes à charge du participant dans les trente (30) jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de l'assurance du participant;
- dans toutes les autres circonstances, à la date où la personne répond à la définition de personne à charge si l'assureur reçoit la demande dans les trente (30) jours suivant immédiatement le jour où cette personne est devenue personne à charge, sinon, à la date de réception par l'assureur, de la demande.

Nonobstant ce qui précède, dans le cas des garanties autres que l'assurance santé complémentaire, l'entrée en vigueur de l'assurance de toute personne à charge hospitalisée au moment de la demande est retardée dans tous les cas à la date où elle reçoit son congé de l'hôpital.

Cependant, l'assurance santé complémentaire d'un nouveau-né, personne à charge du participant, entre en vigueur dès sa naissance, à condition qu'il naisse vivant et viable, et qu'une couverture monoparentale ou familiale soit déjà en vigueur.

CONDITIONS GÉNÉRALES

En aucun temps, l'assurance d'une personne à charge n'entre en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'assurance du participant.

Toutefois, il est entendu que toute garantie ou partie de garantie d'assurance qui nécessite des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur ne peuvent prendre effet qu'à compter de l'acceptation par l'assureur de ces preuves. La date d'acceptation sera alors la date de réception chez l'assureur du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par l'assureur.

Fausse déclaration et omission

Sous réserve des dispositions de la Loi, toute fausse déclaration ou toute omission de nature à influencer l'appréciation du risque annule l'assurance du participant ou de la personne à charge en cause.

Fin de l'assurance

1. L'assurance du participant cesse à la première des dates suivantes :
 - a. à la date de cessation, résiliation ou terminaison de la police d'assurance;
 - b. à la date où il ne remplit plus les conditions d'admissibilité;
 - c. quant à une garantie particulière, autre que l'assurance santé complémentaire, à la date où il atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - d. à la date du décès du participant;
 - e. quant à la garantie Assurance maladies graves, à la date où le montant maximal prévu à la garantie a été payé.

L'assureur se réserve le droit de terminer l'assurance du participant en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.

2. L'assurance d'une personne à charge cesse à la première des dates suivantes :
 - a. à la date où le participant cesse lui-même d'être assuré;
 - b. à la date à laquelle la personne à charge perd ce statut;
 - c. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
 - d. à la date où la personne à charge atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - e. à la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat;
 - f. à la date du décès de la personne à charge;

CONDITIONS GÉNÉRALES

L'assureur se réserve le droit de terminer l'assurance des personnes à charge en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.

Fin de la police d'assurance

Lorsque la police est en vigueur, celle-ci prend fin :

1. à la date de réception, par l'assureur, d'un avis écrit du preneur ou à la date indiquée dans cet avis si ultérieure à la date de réception;
2. sous réserve des dispositions de la loi, à la date indiquée sur l'avis de terminaison donné par l'assureur au preneur;

L'assureur se réserve le droit de terminer la police d'assurance en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.

Obligations du preneur de la police

Aux fins d'administration de ce contrat, le preneur est le mandataire des étudiants, sauf quant aux droits et aux obligations qui leur sont attribués personnellement.

Le preneur doit informer les étudiants de leurs droits et de leurs obligations en vertu de ce contrat, de même que de toute modification qui peut par la suite y être apportée. Le participant et le bénéficiaire ont le droit de consulter le contrat d'assurance chez le preneur et d'en prendre copie.

Le preneur doit fournir avec diligence à l'assureur tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat. Notamment, il incombe, et est de la responsabilité du preneur de la police de transmettre à l'assureur les informations et documents en lien avec les adhésions, et les avis de modification des étudiants et des employés admissibles à l'assurance collective ainsi que les renseignements nécessaires pour déterminer la catégorie d'assurance. Le preneur autorise l'assureur à examiner ses registres et ses dossiers en tout temps raisonnable, alors que ce contrat est en vigueur et pendant les trois (3) années qui suivent sa cessation.

Résidents d'Ontario seulement :

- Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par le délai indiqué dans la Loi de 2002 sur la prescription des actions.
- Si vous aviez fait une désignation de bénéficiaire aux garanties offertes par votre assureur d'assurance collective précédent, cette désignation s'applique automatiquement en vertu du présent contrat, à moins de faire la demande de modifier celle-ci en soumettant un formulaire de changement de bénéficiaire.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Obligation d'informer l'Assureur

Si la garantie Assurance maladies graves a été choisie et acceptée, la personne assurée a l'obligation de divulguer à l'assureur dans les six (6) mois suivants la date du diagnostic, toute l'information médicale se rapportant à un diagnostic, de signes, symptômes ou investigation menant à un diagnostic de :

1. cancer, couvert ou exclu en vertu de la garantie Assurance maladies graves; ou
2. maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques; ou
3. tumeur cérébrale bénigne.

Le défaut de divulguer cette information à l'assureur dans les six (6) mois du diagnostic, accorde à l'assureur le droit de refuser toute demande de prestation pour cancer, maladie grave causée par un cancer ou ses traitements, la maladie de Parkinson, des syndromes parkinsoniens atypiques ou tout autre type de parkinsonisme, ou tumeur cérébrale bénigne.

Païement de primes

L'établissement d'enseignement sera responsable de la collection des primes des participants et de les remettre à l'administrateur de régime dans un délai raisonnable.

Preuves d'assurabilité

Sont à la charge du participant, tous les frais encourus pour la préparation et la production des preuves d'assurabilité exigées par l'assureur.

Prime

L'assureur peut modifier les taux de prime aux dates suivantes :

1. à la date de renouvellement, si l'assureur en avise par écrit le preneur ou l'administrateur de régime au plus tard trente-et-un (31) jours avant cette date; ou
2. à toute autre date, si :
 - a. les prestations ou les catégories d'étudiants admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées;
 - b. il y a une modification dans la nature, le contenu ou le coût des régimes gouvernementaux.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Renonciation

La renonciation ou l'omission de la part de l'assureur d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque de ce contrat ne doit pas être interprétée comme étant une renonciation de la part de l'assureur à son droit de prendre les mesures nécessaires contre tout défaut subséquent d'exécuter ou d'observer la même disposition. De plus, le fait que l'assureur ait approuvé une action quelconque du preneur ou d'un participant lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le preneur ou le participant de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable subséquente.

Renouvellement

La police se renouvelle automatiquement d'année en année à la date de renouvellement par période de douze (12) mois, sauf si un avis écrit de non-renouvellement ou de modification est transmis par l'assureur au preneur ou à son mandataire connu, au moins cent vingt (120) jours avant la date de renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de modifier les taux de primes en tout temps en présence de changements ayant des conséquences sur les coûts de souscription ou de service de la police collective tels que :

1. Modification dans la nature du risque couvert;
2. Changement demandé par le titulaire;
3. Une modification importante dans la taille ou dans la démographie de plus de 15%.

Subrogation et remboursement - responsabilité d'un tiers

Garanties d'assurance santé complémentaire et d'assurance frais dentaires

Lorsque toute somme est versée à la personne assurée en vertu du présent contrat sous les garanties d'assurance santé complémentaire ou dentaire suite à une maladie ou à un accident dont la responsabilité légale est imputable à un tiers, l'assureur est subrogé dans les droits de la personne assurée et peut recouvrer du tiers responsable les sommes qu'il a versées lorsque cela est permis par la loi.

La responsabilité conjointe ou solidaire du participant ou sa négligence contributive n'altèrent en rien ses obligations ainsi que les droits de l'assureur sous cette section.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Catégorie : Tous les étudiants admissibles

Lorsque le participant ou la personne à charge est couvert(e) par la présente garantie, les montants admissibles suivants sont remboursés pour chacune des personnes assurées, sujets à la franchise, à la coassurance et au maximum indiquées au Sommaire des garanties.

Frais complémentaires

Hospitalisation (chambre semi-privée)

Les frais de séjour dans un hôpital en chambre semi-privée, au Canada, en excédent des frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance.

Vaccins préventifs

Les vaccins non couverts par le régime d'assurance provincial, excluant les frais d'administration de vaccin.

Frais institutionnels

Les frais institutionnels en cas d'annulation de tous les cours suivant un changement de condition de santé.

Ambulance (par voie terrestre)

Les frais de transport ambulanciers par voie terrestre à l'hôpital le plus près où l'assuré peut recevoir les soins appropriés.

Lorsque l'état de santé de l'assuré le nécessite, et sur prescription du médecin, les frais de transport par voie terrestre pour le retour à domicile.

Services diagnostiques

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais des examens indiqués au Sommaire des garanties, lorsqu'effectués aux fins de diagnostic, à l'exclusion des tests de dépistage génétique.

Fournitures médicales

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties (achat ou location, à la discrétion de l'assureur).

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Ne sont pas couverts : les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels que bains-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature.

Professionnels de la santé

Les honoraires professionnels des spécialistes indiqués au Sommaire des garanties sont remboursés, pourvu qu'ils soient membres en règle de leur corporation ou de leur association professionnelle reconnues par l'assureur.

Soins de la vue

Examen de la vue

Les honoraires pour examen de la vue par un optométriste licencié.

Lunettes et lentilles cornéennes

Sur ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste licencié, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties.

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les médicaments;
2. les frais de services, traitements, appareils, accessoires, drogues ou médicaments utilisés sur une base expérimentale ou dont l'application n'est pas communément reconnue ou qui dépassent les normes ordinaires et raisonnables;
3. les frais pour investigation, manipulation, médication, traitement concernant l'infertilité, la calvitie, l'esthétique ou la génétique;
4. les frais de chirurgie dont le coût doit être entièrement assumé par l'assuré, sauf si cette chirurgie a été approuvée au préalable par l'assureur;
5. les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
6. les frais couverts par un régime gouvernemental, même si l'assuré n'est pas admissible à un tel régime, ou à tout autre régime d'assurance incluant les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

7. les services rendus par un parent ou un ami de l'assuré, sauf dans les cas expressément stipulés aux présentes;
8. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
9. les frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabriquant;

Coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais engagés.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
2. le régime qui couvre un assuré en tant qu'employé a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou
3. lorsqu'un assuré est couvert par plus d'un régime, l'ordre de paiement est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à plein temps;
 - b. deuxième payeur; le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à temps partiel;
 - c. troisième payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que retraité; ou
4. lorsqu'une personne est couverte en tant que conjoint, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

b. deuxième payeur : le régime collectif le protégeant en tant que personne à charge.

Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps;

b. deuxième payeur : l'autre régime.

5. Lorsque des enfants à charge sont couverts par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif d'un parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;

b. deuxième payeur : le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;

c. troisième payeur : si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

6. Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau parent n'entre en jeu.

Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur. Dans le cas de garde exclusive d'un enfant à charge, l'ordre de préséance est le suivant :

a. premier payeur : le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge;

b. deuxième payeur : le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge;

c. troisième payeur : le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge;

d. quatrième payeur : le régime collectif du conjoint du parent « troisième payeur ».

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès du participant bénéficiant de la présente garantie, l'assurance frais médicaux des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de l'année académique en cours et payée du participant;

2. la date à laquelle l'assurance dentaire des personnes à charge aurait pris fin;

3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

4. la date du soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Catégorie : Tous les étudiants admissibles

Lorsque l'assuré est couvert par la présente garantie, les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins décrits ci-dessous et dont les coûts n'excèdent pas les coûts du guide des tarifs et nomenclature des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, sujets à la franchise, à la coassurance et aux maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme tarif peut également signifier un tarif rajusté établi par l'assureur.

Plan de traitement

Lorsque le coût global estimatif d'une série de soins dentaires proposée pour une personne assurée dépasse 500 \$, l'assuré doit présenter un plan de traitement détaillé à l'assureur avant le commencement de ce traitement. L'assureur informe alors le participant du remboursement auquel il a droit, conformément aux dispositions du contrat. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues pour effectuer la série de soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, au cours des douze (12) mois suivant la date d'approbation de l'assureur, sinon l'assuré devra présenter un nouveau plan de traitement à l'assureur en vue d'une nouvelle évaluation.

Soins diagnostics et préventifs

Diagnostic

- L'examen complet, une (1) fois par intervalle de trente-six (36) mois consécutifs
- L'examen de rappel, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs
- La série complète de radiographies périapicales et panoramiques, une (1) fois par intervalle de trente-six (36) mois consécutifs
- Les autres radiographies et leur interprétation, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs
- Les consultations en cas d'urgence

Prévention

- Le nettoyage et polissage des dents, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Soins de base

Chirurgie

- Toutes les extractions

Anesthésie générale

- Lors d'une chirurgie buccale
- Lors de traitement de fractures ou de luxations
- Lors d'une chirurgie parodontale

Restauration mineure

- Ablation de carie et pansement sédatif
- Culture / frottis bactériologiques, pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsie
- Coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques
- Obturations en amalgame pour les molaires et en composite pour les autres dents
- Facette fabriquée au fauteuil une (1) fois par période de soixante (60) mois pour une même dent
- Réparation, le rebasage et le garnissage de prothèses

Périodontie

- Détartrage, deux (2) unités par période de douze (12) mois consécutifs
- Soins des infections aiguës et autres lésions
- Application d'agent désensibilisant
- Chirurgie parodontale
- Curetage gingivale et surfaçage radiculaire
- Jumelages (sauf jumelage avec aileron de type Maryland)
- Ajustement de l'occlusion / équilibrage
- Appareils parodontaux (pour contrôler le bruxisme)

Endodontie

- Coiffage de pulpe
- Pulpotomie / pulpectomie

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

- Traitement de canal
- Apexification
- Apectomie
- Obturation rétrograde
- Amputation de racine
- Hémisection
- Réimplantation intentionnelle
- Stabilisateur endodontique intra-osseux
- Traitements d'urgence

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les frais de traitements commencés ou planifiés avant l'entrée en vigueur de la garantie;
2. les frais d'anesthésie générale, sauf si celle-ci est nécessaire ou est en rapport direct avec une chirurgie buccale ou parodontale;
3. les traitements à des fins esthétiques;
4. les traitements qui ne sont pas donnés par un médecin ou un dentiste ou sous la direction et la surveillance de l'un de ces spécialistes;
5. les frais que l'assuré n'aurait pas eu à assumer s'il n'avait pas été assuré, qu'il n'est pas tenu de payer ou qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de n'importe quel régime public d'assurance, de mesures de sécurité sociale ou d'un programme gouvernemental auquel il pouvait être admissible;
6. les actes qui n'apparaissent pas au guide des tarifs indiqué au Sommaire des garanties, ainsi que les frais excédant les tarifs de ce guide;
7. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
8. les frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabriquant.

9. les frais de remplacement d'une prothèse dentaire ou d'un appareil perdu, égaré ou volé ainsi que tout duplicata d'une prothèse ou d'autre appareil;
10. les traitements dentaires reliés aux implants, les implants et toute prothèse supportée par ceux-ci, le coût de tout isolant et tous les frais pour traitement parodontal par la technique du jumelage;
11. les frais de toute consultation relative à l'hygiène orale ou alimentaire ainsi que tout programme de contrôle des plaques;
12. les frais de rendez-vous non respectés par l'assuré facturés par un dentiste ou les frais de rédaction pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par l'assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'assureur; ainsi que les honoraires facturés par le dentiste pour son temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tous moyens de télécommunications;
13. les honoraires facturés par un dentiste pour tout temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du plan de traitement, ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source, pour consultation avec l'assuré ou pour consultation avec un autre dentiste;
14. les services rendus par un parent ou un ami de l'assuré.

Limitations

Lorsque, pour le traitement choisi, la technique de restauration appliquée ou le matériau utilisé excède la norme habituelle, les frais supplémentaires ainsi occasionnés sont à la charge de l'assuré.

De plus, s'il existe plus d'un type de traitements pour la condition dentaire de l'assuré, l'assureur remboursera les frais pour le traitement normal et approprié le moins cher.

Coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais assurés, effectivement engagés.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
2. le régime qui couvre un assuré en tant qu'employé a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

3. lorsqu'un assuré est couvert par plus d'un régime, l'ordre de paiement est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à plein temps;
 - b. deuxième payeur; le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à temps partiel;
 - c. troisième payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que retraité; ou
4. lorsqu'une personne est couverte en tant que conjoint, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif le protégeant en tant que personne à charge.
5. Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps;
 - b. deuxième payeur : l'autre régime.
6. Lorsque des enfants à charge sont couverts par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif d'un parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;
 - c. troisième payeur : si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.
7. Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau parent n'entre en jeu. Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur.

Dans le cas de garde exclusive d'un enfant à charge, l'ordre de préséance est le suivant :

- a. premier payeur : le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge
- b. deuxième payeur : le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge
- c. troisième payeur : le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge
- d. quatrième payeur : le régime collectif du conjoint du parent « troisième payeur »

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès du participant bénéficiant de la présente garantie, l'assurance frais dentaires des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de l'année académique en cours et payée du participant;
2. la date à laquelle l'assurance dentaire des personnes à charge aurait pris fin;
3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;
4. la date du soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

Catégorie : Tous les employés admissibles

Lorsqu'une personne assurée est diagnostiquée d'une maladie grave couverte en vertu du présent contrat et que cette maladie grave ne résulte pas d'une affection préexistante, l'assureur paie, en autant que la garantie soit en vigueur, le montant assuré de maladies graves pour cette personne assurée, déduction faite de toute indemnité de cancer non mortel déjà payée et ce, sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat.

Cette indemnité de maladie grave n'est toutefois payable que si la personne assurée est toujours vivante après une période de survie de trente (30) jours après la date du diagnostic ou pendant le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée, excluant le nombre de jours pendant lesquels la personne est maintenue en vie artificiellement.

À la suite du premier versement du capital assuré pour une maladie grave couverte, la couverture de la personne assurée atteinte de la maladie grave est maintenue pourvu que le paiement de la prime se poursuive. L'assureur verse le montant d'assurance à nouveau si la personne assurée est atteinte d'une autre maladie grave couverte, sous réserve d'un maximum de deux (2) prestations à vie et sous réserve des modalités, exclusions ainsi que des limitations inscrites à la section « Limitations se rattachant au versement de cette deuxième prestation de maladies graves ».

Conditions préexistantes

Pour chaque bénéficiaire qui n'était pas assujéti à une preuve d'assurabilité de bonne santé, aucune prestation de maladies graves n'est payable lorsqu'une maladie grave couverte au contrat résulte directement ou indirectement, d'une affection préexistante et que cette maladie grave est diagnostiquée chez la personne assurée durant la période de douze (12) mois suivant la date du début de la présente garantie ou de la date de sa dernière réintégration.

Une affection préexistante est une maladie ou une affection dont les symptômes se sont manifestés au cours de la période de douze (12) mois précédant la date du début de la garantie ou la date de la remise en vigueur et pour laquelle:

- la personne assurée a reçu un diagnostic ou a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin ou tout autre professionnel de la santé;
- on a conseillé à la personne assurée de se faire traiter ou de consulter un médecin ou un professionnel de la santé;
- une personne prudente et raisonnable aurait demandé un traitement ou consulté un médecin ou tout autre professionnel de la santé;
- la personne assurée a reçu une ordonnance ou a montré des signes ou des symptômes ou a subi des tests ou des examens.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

Si cette garantie en remplace une autre qui procure des bénéfices similaires :

- Pour la personne assurée qui a été couverte pendant douze (12) mois sous une police précédente, l'exclusion pour affection préexistante ne s'applique pas;
- Pour la personne assurée qui a été couverte par une police précédente pour une période moindre que douze (12) mois, elle aura le droit de faire usage des mois accumulés sous la garantie antérieure dans le but de répondre à la cause préexistante de douze (12) mois. La garantie antérieure doit avoir été annulée dans les trente (30) jours précédant l'entrée en vigueur de la présente garantie.

Maladies couvertes

1. **Accident vasculaire cérébral** : diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :
 - apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
 - nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique; persistant pendant plus de trente (30) jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
 - accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
 - infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.
2. **Brûlures graves** : diagnostic formel de brûlures au troisième (3e) degré affectant au moins vingt pourcent (20 %) de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

3. **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

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet de la garantie ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur si cette date est postérieure, la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable 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 nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

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

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

4. Cancers non mortels (prestations partielles) :

- **Carcinome intracanalair non infiltrant**
Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.
- **Cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b)**
Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique des tissus de la prostate.
- **Mélanome malin de stade 1a**
Mélanome malin d'épaisseur égale ou inférieure à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases.

Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancers non mortels (prestations partielles) » si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet de la garantie ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur si cette date est postérieure, la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

Le montant de l'indemnité payable pour un cancer non mortel correspond à dix pourcent (10%) du capital assuré, sous réserve d'un maximum de dix mille dollars (10 000 \$). Le paiement partiel est soumis à une période d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours. Cette prestation n'est payable qu'une seule fois alors que la garantie est en vigueur, et est soustraite de toute autre indemnité payable en vertu de la présente garantie.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

5. **Cécité** : diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux (2) yeux, attestée par :
- une acuité visuelle corrigée de vingt sur deux cents (20/200) ou moins pour les deux (2) yeux, ou
 - un champ visuel inférieur à vingt (20) degrés pour les deux (2) yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

6. **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.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

7. **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 quatre-vingt-seize (96) heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant cette période.

Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « coma » dans les cas suivants :

- le coma a été médicalement provoqué;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

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

8. **Crise cardiaque** : diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne :

L'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une (1) des manifestations suivantes :

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

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

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque » dans les cas suivants :

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

9. **Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe** : diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de la personne assurée dans un centre de transplantation.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

10. **Démence, y compris maladie d'Alzheimer** : diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une (1) des perturbations cognitives suivantes :

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

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de vingt sur trente (20/30) ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six (6) mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme de « démence » pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

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

11. **Fibrose kystique** : diagnostic formel de la forme classique de la fibrose kystique, une maladie génétique qui affecte les muqueuses et les glandes sudoripares affectant un ou plusieurs systèmes d'organes avec la sueur élevée (≥ 60 mmol / L).

Le diagnostic de la forme classique de la fibrose kystique doit être fait par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation de maladie grave ne sera payable en vertu de la fibrose kystique pour tous les autres types de fibrose kystique (mucoviscidose non classique, maladie liée au CFTR ou maladie métabolique liée au CFTR).

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

12. **Greffe d'un organe vital** : intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un (1) cœur, un (1) poumon, un (1) foie, un (1) rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

13. **Infection au VIH contractée au travail** : diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée 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 garantie ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la garantie si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les quatorze (14) jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatorze (14) jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatre-vingt-dix (90) à cent quatre-vingts (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; et
- 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 au VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « infection au VIH contractée au travail » dans les cas suivants :

- la personne assurée 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 au VIH était disponible avant la blessure accidentelle;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

- l'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

14. **Insuffisance rénale** : diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux (2) reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

15. **Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques** :

- **Maladie de Parkinson** : diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. La personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un (1) 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 neurologue.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » pour tout autre type de parkinsonisme.

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

Aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » si, dans la première année suivant la date d'effet de la garantie ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur si cette date est postérieure, la personne assurée :

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

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur 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.

16. **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.

17. **Paralysie** : diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux (2) membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

18. **Perte d'autonomie** : diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

- 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.

19. **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 cent quatre-vingts (180) jours.

Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique.

20. **Perte de membres** : diagnostic formel de la séparation complète de deux (2) membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

21. **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.

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

22. **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.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

Exclusion

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

23. **Sclérose en plaques** : diagnostic formel d'au moins une (1) des manifestations suivantes :

- au moins deux (2) poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six (6) mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

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

24. **Surdité** : diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins quatre-vingt-dix (90) décibels dans un registre de cinq cents (500) à trois mille (3 000) hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

25. **Tumeur cérébrale bénigne** : diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet de la garantie ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur si cette date est postérieure, la personne assurée :

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

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

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

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Conditions reliées au paiement

- Diagnostic au Canada :

Sous réserve de ce qui est stipulé ci-dessous, le diagnostic d'une maladie grave doit être posé par un médecin spécialiste autorisé à exercer au Canada, et être confirmé par les techniques modernes d'investigation pertinentes à cette maladie, normalement utilisées au moment de la demande de règlement.

- Diagnostic à l'extérieur du Canada :

Lorsque le diagnostic d'une maladie grave est posé à l'extérieur du Canada par un médecin spécialiste exerçant dans une juridiction jugée acceptable par l'assureur, l'indemnité est versée si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a. l'assureur a reçu la totalité des dossiers médicaux;
- b. en s'appuyant sur les dossiers médicaux reçus, l'assureur a la certitude que :
 - i. le même diagnostic aurait été posé si la maladie grave ou l'accident avait été diagnostiqué(e) par un médecin spécialiste dûment autorisé et exerçant au Canada; et
 - ii. le même traitement aurait été prescrit en conformité avec les normes canadiennes; et
 - iii. le même traitement, incluant l'intervention chirurgicale requise, si applicable, aurait été prescrit si le traitement avait été prodigué au Canada.

L'assureur peut exiger que la personne assurée se soumette à un ou des examens médicaux indépendants effectués par un médecin désigné par l'assureur. Dans le cas d'une intervention chirurgicale élective, l'examen médical exigé devra être effectué avant ladite intervention chirurgicale.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

Calcul de la prime

La prime est déterminée par l'assureur selon les taux en vigueur applicables lors de la transformation, selon le type de police d'assurance, d'après l'âge atteint et le sexe de la personne assurée.

Limitations

1. la demande de transformation doit parvenir à l'assureur dans les trente et un (31) jours qui suivent, selon le cas, la cessation d'emploi ou la résiliation de la garantie.
2. la police d'assurance individuelle sera émise sans la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité.
3. la personne assurée qui s'est prévalu du droit de transformation cesse d'être admissible à la présente garantie.
4. une diminution du montant d'assurance en raison de l'âge ou d'un changement de catégorie d'assurés ne donne pas droit à la transformation.

Période de survie

L'indemnité de maladies graves n'est payable qu'après la période de survie de trente (30) jours de la date du diagnostic ou le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée.

Affections préexistantes

Pour la personne assurée qui n'est pas assujettie à une preuve de bonne santé d'assurabilité, aucune indemnité n'est payable durant la période de douze (12) mois suivant la date de début de son assurance ou de la date de sa dernière remise en vigueur, si la maladie grave couverte résulte directement ou indirectement d'une affection préexistante.

Récidive de maladie grave

Le capital assuré sera versé une seule fois pour toutes les maladies graves résultant d'une même maladie ou d'une maladie connexe sous réserve des limitations applicables au versement d'une deuxième indemnité de maladies graves couvertes.

Remplacement d'une garantie d'Assurance maladies graves

Lorsqu'une personne assurée adhère à la garantie de maladies graves à l'établissement du contrat-cadre et que la présente garantie de maladies graves est émise en remplacement d'une autre garantie d'assurance collective de maladies graves de l'assureur précédent), la personne assurée est exemptée de tout délai de carence, de période moratoire ou de clauses de conditions préexistantes que la personne assurée aurait déjà satisfait en vertu des termes de l'ancienne garantie.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

La preuve adéquate de la satisfaction des dites conditions de couvertures peut être soumise en tout temps, mais au plus tard à la date de présentation d'une demande de prestation.

LIMITATIONS APPLICABLES AU VERSEMENT D'UNE DEUXIÈME INDEMNITÉ DE MALADIES GRAVES POUR L'ASSURÉ ET LE CONJOINT ASSURÉ

Les enfants à charge ne sont pas admissibles au versement d'une deuxième indemnité de maladies graves.

1. Suite au premier versement du capital assuré pour accident vasculaire cérébral, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, pontage aortocoronarien, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque (infarctus du myocarde), insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital.
2. Suite au premier versement du capital assuré pour brûlures sévères, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : brûlures sévères, paralysie ou perte d'autonomie.
3. Suite au premier versement du capital assuré pour cancer (mettant la vie en danger et cancer non mortel) : l'assuré ne peut réclamer pour un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire in situ du sein, mélanome malin au stade 1a ou perte d'autonomie. De plus, l'assuré ne peut réclamer pour un deuxième diagnostic de cancer (mettant la vie en danger et cancer non mortel) ou une récurrence d'un même cancer que si :
 - a. Plus de soixante (60) mois se sont écoulés depuis le diagnostic antérieur de cancer; et
 - b. Aucun traitement se rapportant directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant les soixante (60) mois suivants le diagnostic antérieur de cancer (le traitement n'inclut pas de médicaments préventifs et les suivis normaux par un médecin); et
 - c. Le diagnostic subséquent est fait pendant que la couverture est en vigueur.
4. Suite au premier versement du capital assuré pour cécité, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : cécité ou perte d'autonomie.
5. Suite au premier versement du capital assuré pour chirurgie de l'aorte, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, pontage aortocoronarien, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque (infarctus du myocarde), insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

6. Suite au premier versement du capital assuré pour coma, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, cécité, coma, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
7. Suite au premier versement du capital assuré pour crise cardiaque (infarctus du myocarde), l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, pontage aortocoronarien, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque (infarctus du myocarde), insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital.
8. Suite au premier versement du capital assuré pour défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, cancer (mettant la vie en danger ou cancer non mortel), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire in situ du sein, coma, crise cardiaque (infarctus du myocarde), insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1a, perte d'autonomie, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital.
9. Suite au premier versement du capital assuré pour maladie d'Alzheimer, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : maladie d'Alzheimer ou perte d'autonomie.
10. Suite au premier versement du capital assuré pour fibrose kystique, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : perte d'autonomie, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital.
11. Suite au premier versement du capital assuré pour infection au VIH dans le cadre de l'occupation, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, cancer (mettant la vie en danger et cancer non mortel), cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire in situ du sein, cécité, coma, infection au VIH dans le cadre de l'occupation, insuffisance rénale, mélanome malin au stade 1a, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
12. Suite au premier versement du capital assuré pour insuffisance rénale, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, coma, crise cardiaque (infarctus du myocarde), insuffisance rénale, perte d'autonomie, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital.
13. Suite au premier versement du capital assuré pour maladie de Parkinson, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : coma, maladie de Parkinson, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

14. Suite au premier versement du capital assuré pour maladie du motoneurone, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, cécité, coma, crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie du motoneurone, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole ou surdité.
15. Suite au premier versement du capital assuré pour paralysie, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : coma, paralysie, perte d'autonomie ou perte de la parole.
16. Suite à une réclamation de perte d'autonomie, l'assuré ne peut plus réclamer pour aucune autre maladie grave. La présente assurance prend fin.
17. Suite au premier versement du capital assuré pour perte de la parole, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : perte d'autonomie ou perte de la parole.
18. Suite au premier versement du capital assuré pour perte de membres, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : perte d'autonomie ou perte de membres.
19. Suite au premier versement du capital assuré pour pontage aortocoronarien, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, angioplastie coronarienne, pontage aortocoronarien, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque (infarctus du myocarde), insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital.
20. Suite au premier versement du capital assuré pour remplacement des valves du cœur, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, pontage aortocoronarien, chirurgie de l'aorte, coma, crise cardiaque (infarctus du myocarde), insuffisance rénale, maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie, remplacement des valves du cœur, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe ou greffe d'un organe vital.
21. Suite au premier versement du capital assuré pour sclérose en plaques, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, cécité, coma, insuffisance rénale, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, sclérose en plaques ou surdité.
22. Suite au premier versement du capital assuré pour surdité, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : perte d'autonomie ou surdité.
23. Suite au premier versement du capital assuré pour tumeur cérébrale bénigne, l'assuré ne peut plus réclamer pour les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, cécité, coma, paralysie, perte d'autonomie, perte de la parole, surdité ou tumeur cérébrale bénigne.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

Exclusions

Aucune indemnité de maladies graves n'est payable lorsqu'elle résulte :

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que la personne assurée s'est infligé volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- de la participation de la personne assurée à la perpétration ou à la tentative de perpétration d'un acte illégal ou criminel, ou du fait qu'il conduise un véhicule à moteur ou un bateau sous l'influence de stupéfiant ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale;
- de toxicomanie, d'alcoolisme ou d'usage d'hallucinogènes, de drogues ou de stupéfiants;
- du service, comme combattant ou non combattant, au sein de forces armées engagées dans des opérations de surveillance, d'entraînement, de pacification, d'insurrection, de guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou de tout acte s'y rattachant, ou de la participation de la personne assurée à une manifestation populaire;
- d'une maladie couverte pour laquelle la personne assurée a déjà reçu, en vertu d'un contrat d'assurance collective de maladies graves de l'assureur, une indemnité égale ou supérieure au montant d'assurance maladies graves de la présente garantie. Si l'indemnité déjà payée était inférieure, alors l'assureur verse la différence entre l'indemnité maladies graves déjà payée et le montant d'assurance maladies graves de la présente garantie;
- durant la période de survie de trente (30) jours de la date du diagnostic de la maladie grave ou le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée.

Pour toute assurance de maladies graves sujette à une preuve d'assurabilité, aucune indemnité n'est payable pour une maladie diagnostiquée, de signes ou de symptômes connus ou en investigation non déclarés avant la date d'émission de la garantie.

Aucune indemnité n'est payable durant la période de douze (12) mois suivant la date du début de son assurance ou de la date de sa dernière réintégration, qui découle directement ou indirectement d'une affection préexistante pour les assurés assujettis à cette restriction.

Aucune prestation ne sera payable pour tout cancer ou tumeur cérébrale bénigne, pour toute la durée de la garantie si la date du diagnostic de n'importe quel cancer ou tumeur cérébrale bénigne couvert ou exclu par la présente garantie survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance maladies graves du participant

de prise d'effet de la garantie ou de sa remise en vigueur, ou si la date d'apparition des signes ou des symptômes ou des consultations médicales ou des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer ou tumeur cérébrale bénigne couvert ou exclu par la présente garantie survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales de la police s'appliquent à cette garantie.