

# Programme d'assurance pour les membres de l'ACHD



Préparé pour :



THE CANADIAN DENTAL  
HYGIENISTS ASSOCIATION  
L'ASSOCIATION CANADIENNE  
DES HYGIÉNISTES DENTAIRES





## Contenu

<b>Aperçu</b>	<b>3</b>
<b>Option 1 : Régime groupé</b>	<b>4</b>
<b>Option 2 : Assurance vie temporaire</b>	<b>6</b>
<b>Assurance décès et mutilation accidentels</b>	<b>8</b>
<b>Assurance invalidité de longue durée</b>	<b>11</b>
<b>Assurance maladie grave</b>	<b>15</b>
<b>Assurance maladie complémentaire</b>	<b>18</b>
<b>Quand votre couverture prendra-t-elle fin?</b>	<b>22</b>
<b>Comment faire une demande de couverture</b>	<b>23</b>
<b>Annexe pour les maladies graves couvertes</b>	<b>24</b>
<b>Glossaire</b>	<b>32</b>

## Aider à protéger vos finances et celles de votre famille

Depuis plus de 50 ans, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD) promeut et protège les intérêts des hygiénistes dentaires partout au Canada. Cela comprend vous aider à prendre soin de votre famille et de vos finances avec le programme d'assurance de l'ACHD. Il s'agit d'un programme conçu spécialement pour les hygiénistes dentaires et offert par Securian Canada.

Vous pouvez choisir parmi une gamme d'options pour protéger tout ce qui vous tient à cœur, le tout offert à des tarifs spéciaux négociés par l'ACHD.

Si vous avez des questions, veuillez appeler Securian Canada au **1 877 363-2773**, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, HE, ou visitez le site [securiancanada.ca/achd](https://www.securiancanada.ca/achd).

Vous trouverez un glossaire qui explique la terminologie employée pour décrire les modalités de ce programme d'assurance à la fin de ce document.

Cette brochure présente les grandes lignes, mais pas tous les détails du programme d'assurance de l'ACHD. Les modalités, conditions, exclusions et limitations complètes régissant la couverture d'assurance sont présentées dans la police d'assurance collective émise par la Compagnie d'assurance vie Première du Canada, qui exerce ses activités sous le nom de Securian Canada. Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour exercer leurs activités au Canada. Les polices sont souscrites par la Compagnie d'assurance vie Première du Canada.

# Aperçu

## Un aperçu du programme

### Une gamme complète de prestations

... avec l'avantage des économies d'un régime collectif.

### Une protection financière pour vous et votre famille en un coup d'œil

#### Option 1 – Régime groupé - Aucun examen médical requis\*

Commencez avec une gamme complète de prestations d'assurance à un seul tarif abordable. Laissez tel quel ou complétez avec des choix supplémentaires à même l'option 2.

Produits d'assurance	Montants de couverture	Couverture pour
Assurance vie temporaire	30 000 \$	Membre seulement
Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)	30 000 \$	Célibataire ou famille (y compris couple et membre + 1 enfant à charge)
Assurance invalidité de longue durée (ILD)	750 \$ par mois	Membre seulement
Assurance maladie complémentaire	Voir <a href="#">la page 18</a> pour les détails du produit	Individuelle, couple (ou membre + 1 enfant à charge), famille

#### Option 2 – Produits d'assurance autonome disponibles à l'achat\*\*

Créez une couverture d'assurance personnalisée ou choisissez parmi ces options pour compléter votre régime groupé.

Produits d'assurance	Montants de couverture	Couverture pour
Assurance vie temporaire	30 000 \$ à 500 000 \$ Enfants à charge : 10 000 \$	Membre, conjoint(e) et enfants à charge
Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)	30 000 \$ à 500 000 \$	Célibataire ou famille (y compris couple et membre + 1 enfant à charge)
Assurance invalidité de longue durée (ILD)	700 \$ à 5 000 \$ par mois	Membre
Assurance maladie complémentaire	Voir <a href="#">la page 18</a> pour les détails du produit	Individuelle, couple (ou membre + 1 enfant à charge), famille
Assurance maladie grave (AMG)	30 000 \$ à 300 000 \$ Enfants à charge : 5 000 \$ à 20 000 \$	Membre, conjoint(e) et enfants à charge

\* Processus de souscription facile. Il n'y a pas d'examen médical, seulement cinq questions simples (certaines exclusions peuvent s'appliquer).

\*\*Toute couverture est assujettie à la tarification médicale. Vous devrez fournir des preuves de bonne santé en remplissant un questionnaire médical. Dans le cas d'une assurance invalidité de longue durée, vous devrez également répondre à des questions relatives à vos finances et à votre emploi.

# Option 1 : Régime groupé

Le Régime groupé est un filet de sécurité préétabli pour vous protéger financièrement contre les surprises de la vie – accident, invalidité ou frais de soins de santé. Vous bénéficiez d’une gamme complète de garanties pour les besoins les plus courants, et ce, à un taux spécial.

## Autres avantages

- ✓ Aucune incertitude. Obtenez une couverture d’assurance de base pratique à un taux abordable.
- ✓ Processus de demande simplifié. Le régime groupé implique un questionnaire simplifié. Processus de souscription facile. Il n’y a pas d’examen médical, seulement cinq questions simples (certaines exclusions peuvent s’appliquer).
- ✓ Flexible. Vous pouvez ajuster votre couverture d’assurance en ajoutant d’autres produits pour vous ou votre famille.

Produits d’assurance	Aperçu	Montants de couverture
<b>Assurance vie temporaire pour le ou la membre</b>	Vous aide à protéger l’avenir financier de vos êtres chers.	30 000 \$ Voir <a href="#">la page 6</a> pour les détails du produit
<b>Assurance décès et mutilation accidentels (DMA)</b> Le ou la membre peut souscrire une couverture individuelle ou familiale, ou conjointe (comprend conjoint(e) et membre + 1 enfant à charge)	Vous aide à prendre soin de vos finances si vous ou un(e) membre de votre famille êtes victime d’un accident grave.	30 000 \$ Voir <a href="#">la page 8</a> pour les détails du produit
<b>Assurance invalidité de longue durée (ILD) de membre</b>	Vous aide à payer vos factures si vous ne pouvez pas travailler.	750 \$ par mois Voir <a href="#">la page 11</a> pour les détails du produit
<b>Assurance maladie complémentaire</b> Le ou la membre peut souscrire une couverture individuelle, conjointe (ou membre + 1 enfant à charge) ou familiale	Vous aide à couvrir les frais médicaux non couverts par le régime provincial.	Voir <a href="#">la page 18</a> pour les détails du produit

## Complétez votre couverture d’assurance

Personnalisez le régime groupé pour qu’il réponde à vos besoins. Vous pouvez augmenter votre couverture pour l’assurance vie temporaire, l’assurance décès et mutilation accidentels et l’assurance ILD ou couvrir les membres de votre famille. Besoin [d’une assurance maladie grave](#)? Il suffit d’ajouter l’option souhaitée à votre régime groupé. Toute couverture supplémentaire fera l’objet d’une tarification médicale complète.

## Pour faire une demande de couverture, vous devez :

- vivre au Canada;
- être membre en règle de l’ACHD;
- avoir moins de 60 ans;
- travailler au moins 18 heures par semaine ou suivre activement un programme en hygiène dentaire agréé au Canada.

Les étudiants ne sont pas admissibles aux prestations d’incapacité restante.

## Taux d'assurance

La prime mensuelle comprend une couverture pour quatre produits :

Prestation d'assurance vie temporaire de 30 000 \$

Prestation d'assurance ILD de 750 \$ par mois

Prestation d'assurance DMA de 30 000 \$

Prestation d'assurance-maladie complémentaire - option 1

<b>Couverture individuelle</b>	96,35 \$	Assurance vie temporaire, assurance ILD, assurance-maladie, assurance DMA pour le ou la membre seulement	
<b>Couple (ou membre + 1 enfant à votre charge)</b>	159,05 \$	Assurance vie temporaire et assurance ILD pour le ou la membre	PLUS Assurance maladie complémentaire pour un couple (ou membre + 1 enfant à charge) et DMA pour toute la famille
<b>Famille</b>	206,48 \$	Assurance vie temporaire et assurance ILD pour le ou la membre	PLUS Assurance maladie complémentaire et couverture DMA pour toute la famille

Les taux sont renouvelables annuellement, peuvent être modifiés sur préavis et sont assujettis à la taxe provinciale, le cas échéant.

## Affections préexistantes :

Aucune prestation d'invalidité n'est versée en vertu du contrat relativement à une invalidité qui commence dans les 24 mois suivant la date d'effet de l'assurance de la personne assurée et qui est attribuable à une maladie (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquels la personne assurée a :

- présenté des symptômes;
- consulté un(e) médecin ou un(e) autre professionnel(le) de la santé;
- reçu des soins, des conseils ou des traitements liés à la santé, ou qu'une personne raisonnablement prudente atteinte d'une maladie ou d'une affection médicale ou d'un ou de plusieurs symptômes, aurait consulté un(e) médecin ou tout(e) autre professionnel(le) de la santé au cours des 24 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture.





## Option 2 : Assurance vie temporaire

Certaines personnes dépendent de vous. Une police d'assurance vie temporaire peut servir à aider à payer un prêt hypothécaire, des impôts, des frais funéraires ou d'autres factures. De plus, vous pourriez être en mesure de prendre soin de votre partenaire, de vos enfants, de vos parents et d'autres proches.

### Couverture

- Pour vous : Couverture de 30 000 \$ à 500 000 \$ dollars, par tranches de 10 000 \$
- Si vous faites une demande, vous pouvez également souscrire une assurance vie temporaire pour :
  - votre conjoint(e) : Jusqu'à la même couverture que celle que vous choisirez pour vous-même
  - votre/vos enfant(s) : 10 000 \$ par enfant

**La couverture pour tous vos enfants ne représente que 2,73 \$ chaque mois.**

### Pour faire une demande de couverture, vous devez :

- vivre au Canada;
- être membre en règle de l'ACHD;
- avoir moins de 65 ans.

## Autres avantages

### ✓ Exonération des primes

Nous renoncerons aux paiements d'assurance vie si vous ou votre conjoint(e) êtes totalement invalide pendant au moins 120 jours consécutifs avant l'âge de 65 ans. « Totalement invalide » signifie que vous ne pouvez pas accomplir les tâches liées à une quelconque profession. Pour être admissible, vous devrez fournir à Securian Canada une preuve d'invalidité dans les 12 mois suivant votre invalidité totale.

### ✓ Transfert facile à une police d'assurance vie temporaire individuelle

Si votre assurance vie temporaire de l'ACHD prend fin pour des raisons hors de votre contrôle (p. ex., si vous quittez l'ACHD), vous et votre conjoint(e) pouvez demander de passer à une police individuelle d'assurance vie temporaire. Cette police vous offre une couverture allant jusqu'à 200 000 \$ (ou plus, si la loi l'exige). Vous n'aurez pas à fournir d'attestation de bonne santé si vous demandez le transfert dans les 31 jours qui suivent la fin de la couverture d'assurance vie de l'association.

## Taux d'assurance vie temporaire pour membre/conjoint(e)

Une couverture allant de 30 000 \$ à 500 000 \$ est offerte.

Prime mensuelle par tranche de 10 000 \$ de prestations

Âge	Femme non-fumeuse	Femme fumeuse	Homme non-fumeur	Homme fumeur
Moins de 30 ans	0,51 \$	0,60 \$	0,90 \$	1,20 \$
30 à 34 ans	0,79	1,01	0,92	1,31
35 à 39 ans	0,88	1,29	1,14	1,66
40 à 44 ans	1,14	1,65	1,55	2,35
45 à 49 ans	1,82	2,85	2,49	3,81
50 à 54 ans	2,80	4,36	3,99	6,14
55 à 59 ans	3,39	5,13	5,12	7,75
60 à 64 ans	5,46	7,37	9,28	12,61

Securian Canada calcule les taux en fonction de votre âge, de votre sexe et de votre statut de fumeur à l'anniversaire de la police d'assurance. Securian Canada effectue le calcul de l'âge à l'anniversaire de la police d'assurance de chaque année.

Securian Canada examine les taux chaque année. Les taux peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante. Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

## Taux d'assurance vie pour enfants à charge

Prime mensuelle de 2,73 \$

Une seule prime couvre tous les enfants à charge.

## Détails de la couverture

Couverture de 10 000 \$ par enfant

## Exclusions

Nous ne versons pas de prestation dans les deux années suivant la date d'effet du contrat si le décès est attribuable à un suicide ou à une blessure que la personne assurée s'est elle-même infligée. Cette exclusion s'applique que la personne assurée ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste. Si vous ajoutez une couverture supplémentaire, la période de deux ans qui s'y applique commence à la date d'effet de cette couverture supplémentaire.

# Assurance décès et mutilation accidentels

Votre vie peut changer à la suite d'un accident. Il pourrait être difficile de récupérer d'un accident qui pourrait avoir une incidence sur votre revenu ou celui de votre famille. L'assurance décès et mutilation accidentels (DMA) aide à gérer les finances, pendant que vous ou votre famille faites face à un événement qui change la vie.

## Couverture

- Couverture de 30 000 \$ à 500 000 \$ dollars, par tranches de 10 000 \$
- Lorsque l'assurance DMA est achetée seule, des limites s'appliquent. La couverture ne peut pas dépasser 200 000 \$ ou le double du capital choisi pour l'assurance vie (selon le montant le plus élevé).

## Pour faire une demande de couverture, vous devez :

- vivre au Canada;
- être membre en règle de l'ACHD (s'applique à la première personne couverte);
- avoir moins de 65 ans.

## Voici comment cela fonctionne

- Une prestation en une seule fois si vous ou un(e) membre de votre famille qui est couvert(e) subissez une blessure grave ou décédez par suite d'un accident. Securian Canada doit approuver la réclamation.
- Vous ou votre famille couverte recevrez un pourcentage de la couverture DMA que vous avez sélectionnée, en fonction du sinistre. Voir le tableau à la [page 9](#) pour plus de détails.

## Autres avantages

### ✓ Couverture pour le transport de la dépouille

Si vous décédez d'un accident à 100 kilomètres ou plus de votre domicile, nous vous verserons un paiement pouvant aller jusqu'à 10 000 \$. Cela pourrait couvrir le coût de la préparation et du transport de votre corps pour l'enterrement ou la crémation. Votre bénéficiaire peut réclamer ce paiement dans l'année suivant votre accident.

### ✓ Aide au retour à l'emploi

Si, avant l'âge de 65 ans, vous ou votre conjoint(e) subissez une blessure et recevez une indemnité d'assurance DMA, vous ou votre conjoint(e) pourriez être admissible à une indemnité supplémentaire. Ce paiement (jusqu'à concurrence de 10 000 \$) se rapporte à un programme de réintégration au travail (si approuvé par Securian Canada).



<b>Liste des pertes couvertes</b>	<b>Prestations payables (en pourcentage du capital assuré)</b>
Décès	100,00 %
Perte d'un bras ou d'une main, ou des deux bras ou des deux mains	100,00 %
Perte des deux pieds	100,00 %
Perte de la vision des deux yeux	100,00 %
Perte d'un pied et de la vision d'un œil	100,00 %
Perte de l'usage de la parole et surdité des deux oreilles	100,00 %
Perte d'une main et d'un pied	100,00 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un bras, ou des deux mains ou des deux bras	100,00 %
Perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes	100,00 %
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100,00 %
Perte du pouce ou de l'index d'une main	100,00 %
Perte de l'utilisation du pouce ou de l'index d'une main	100,00 %
Perte d'une jambe ou d'un pied, ou de la vision d'un œil	75,00 %
Perte de l'usage d'une jambe	75,00 %
Surdité des deux oreilles	75,00 %
Perte de l'usage de la parole	75,00 %
Perte de l'usage d'un pied	75,00 %
Perte de quatre doigts de la même main	33,33 %
Perte de quatre orteils du même pied	25,00 %
Surdité d'une oreille	25,00 %
Perte de l'articulation entre deux phalanges ou d'une phalange du pouce ou de l'index de la main dominante	10,00 %
Perte de l'usage de l'articulation entre deux phalanges ou d'une phalange du pouce ou de l'index de la main dominante	10,00 %
Quadriplégie	200,00 %
Paraplégie	200,00 %
Hémiplégie	200,00 %

### Voici comment fonctionne la couverture familiale :

- **Vous n'avez pas d'enfants à charge?** Votre conjoint(e) bénéficiera d'une assurance équivalant à 50 % de votre capital assuré.
- **Vous avez un(e) conjoint(e) et des enfants à charge?** Votre conjoint(e) aura une assurance équivalente à 40 % de votre prestation et chaque enfant à charge aura une assurance équivalente à 10 % de votre prestation, jusqu'à concurrence de 50 000 \$ par enfant.
- **Vous avez des enfants à charge, mais pas de conjoint(e)?** Chacun des enfants à votre charge bénéficiera d'une assurance correspondant à 20 % de votre capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 \$ par enfant.

Une fois la prestation payée, la couverture prend fin.

### Taux pour assurance décès et mutilation accidentels

Prime mensuelle par prestations de 10 000 \$

Couverture de 30 000 \$ à 500 000 \$

Individuelle - 0,41 \$

Familiale - 0,63 \$

Les taux sont renouvelables annuellement, peuvent être modifiés sur préavis et sont assujettis à la taxe provinciale, le cas échéant.

## Exclusions

Nous n'effectuerons pas de paiement si une perte survient en raison d'un ou de plusieurs des éléments suivants :

- Guerre déclarée ou non, insurrection ou rébellion
- Participation volontaire à une émeute ou à l'exécution d'un acte de désobéissance civile
- Blessure intentionnellement provoquée par la personne assurée ou suicide, que cette personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste
- Perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel
- Voler à bord d'un aéronef, en descendre ou être exposé(e) à tout risque lié à un aéronef, dans les contextes suivants :
  - pendant des cours de pilotage;
  - pendant des fonctions rattachées à l'appareil;
  - pendant un transport pour faire du parachute;
  - en tant que membre des forces armées, si l'aéronef est sous le contrôle des forces armées ou affrété par elles
- Service à temps plein dans les forces armées de quelque pays que ce soit



# Assurance invalidité de longue durée

Si un accident ou une maladie vous empêchait de travailler pendant une longue période, que feriez-vous sans votre revenu? Vos factures n'attendront pas. En fait, vous pourriez même avoir des dépenses supplémentaires pendant votre convalescence.

L'assurance invalidité de longue durée (ILD) est votre propre filet de sécurité. Ainsi, votre plan financier à long terme peut rester béton tandis que vous vous rétablissez d'un problème de santé mentale, d'une maladie ou d'un accident.

## Couverture

- Les prestations vont de 700 \$ à 5 000 \$ par mois, par tranches de 100 \$.
- Votre couverture maximale dépend de votre revenu.
- Délai de carence de 120 jours (nombre de jours pendant lesquels vous devez être totalement invalide avant le début des paiements).

## Pour faire une demande de couverture, vous devez :

- vivre au Canada;
- être membre en règle de l'ACHD;
- avoir moins de 65 ans;
- travailler au moins 18 heures par semaine.

## Guide du ratio de revenu

Revenu annuel	Montant des prestations mensuelles
12 000 \$-14 999 \$	700 \$
15 000 \$-17 999 \$	900 \$
18 000 \$-23 999 \$	1 100 \$
24 000 \$-30 999 \$	1 400 \$
31 000 \$-35 999 \$	1 700 \$
36 000 \$-44 999 \$	2 000 \$
45,000 \$-59 999 \$	2 400 \$
60 000 \$-71 999 \$	3 000 \$
72 000 \$-83 999 \$	3 400 \$
84 000 \$-95 999 \$	3 800 \$
96 000 \$-109 999 \$	4 200 \$
110 000 \$-119 999 \$	4 600 \$
\$120 000 \$-129 999 \$	4 800 \$
130 000 \$ +	5 000 \$

## Autres avantages

### ✓ Exonération des primes si vous êtes invalide

Vous obtenez des prestations si vous êtes totalement invalide au moins 120 jours consécutifs, avant l'âge de 65 ans. Et vous n'aurez pas à payer les primes tant que vous êtes totalement invalide. Securian Canada doit approuver votre réclamation.

### ✓ Compléter le revenu réduit (prestation d'invalidité résiduelle)

Si vous êtes en mesure de retourner au travail à salaire réduit, vous pourriez être admissible à un supplément de votre revenu. Vous pourriez travailler dans votre propre emploi ou dans un autre emploi. Cette option est offerte pendant une période maximale de 24 mois. Vous devez faire au moins 20 % de moins que le revenu mensuel moyen que vous avez gagné avant votre invalidité totale. Vous devez aussi être suivi(e) par un(e) médecin. (Securian Canada considère qu'il s'agit d'une continuation de la période précédente d'invalidité totale.)

### ✓ Aide au retour à l'emploi

Il y a un avantage pour la réintégration au travail si vous participez à un programme de réintégration au travail approuvé pendant que vous recevez un traitement médical. Cela s'applique après le délai de carence, en cas d'invalidité totale. Votre revenu ne peut pas être supérieur à celui que vous avez gagné au cours de l'année précédant le début de vos prestations d'invalidité. Cela comprend le revenu tiré de cet avantage, de votre programme de réintégration au travail et d'autres sources.

### ✓ Les paiements reprennent si votre invalidité revient

Si vous êtes totalement invalide dans les six mois suivant votre retour au travail, vos paiements reprennent sans délai de carence. L'invalidité doit provenir du même problème ou d'un problème connexe.

### ✓ Couverture si vous pouvez toujours travailler

Il y a des avantages si vous perdez totalement et irrémédiablement votre capacité à parler, à entendre dans les deux oreilles ou à utiliser vos mains et vos pieds, mais que vous êtes capable de travailler. Il s'agit d'une prestation mensuelle totale de revenu d'invalidité disponible après le délai de carence. Elle est disponible si Securian Canada vous considère ou considère que le ou la membre de la famille assuré(e) est totalement invalide.

### ✓ Couverture automatique pour le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C

Si vous obtenez un résultat positif total et irrémédiable à l'une de ces affections, vous devrez peut-être le divulguer aux patient(e)s. Cela pourrait limiter votre pratique, même si vous ne présentez aucun symptôme. Vous pourriez être admissible à un complément de votre revenu réduit (prestation d'invalidité résiduelle) même si vous n'êtes pas totalement invalide.

### ✓ Paiements versés à un(e) conjoint(e) survivant(e)

Si vous décédez pendant une période d'invalidité totale (après le délai de carence), il y a un paiement supplémentaire. Votre conjoint(e) survivant(e) ou votre succession recevra un paiement égal à trois fois votre prestation d'invalidité du mois dernier.

### ✓ Ajustement au coût de la vie

Pour un coût supplémentaire, vous pouvez ajouter cet avenant à votre couverture ILD. Cet ajustement permet d'aligner les prestations d'invalidité sur l'inflation. Avec cet ajustement, votre prestation augmente chaque année du montant spécifié dans l'indice des prix à la consommation, jusqu'à concurrence de 2 %. Vous protégez ainsi votre pouvoir d'achat en cas d'invalidité de longue durée. Securian Canada applique l'ajustement au coût de la vie lorsqu'un(e) participant(e) au régime est frappé(e) d'invalidité pendant une période continue de 12 mois.



## Taux d'assurance invalidité de longue durée pour membre seulement

Prime mensuelle par tranche de 100 \$ de prestations mensuelles

Les prestations vont de 700 \$ à 5 000 \$ par mois.

Délai de carence de 120 jours

Âge	Non-fumeur(euse) : prime par tranche de 100 \$ de prestations d'assurance ILD	Non-fumeur(euse) : avenant COLA* (ajustement au coût de la vie) par tranche de 100 \$ de prestations d'ILD	Fumeur(euse) : prime par tranche de 100 \$ de prestations d'assurance ILD	Fumeur(euse) : avenant COLA* (ajustement au coût de la vie) par tranche de 100 \$ de prestations d'ILD
Moins de 30	1,67 \$	0,46 \$	1,89 \$	0,53 \$
30 à 34 ans	2,34	0,79	2,55	0,90
35 à 39 ans	2,94	1,09	3,06	1,20
40 à 44 ans	4,31	1,35	4,43	1,50
45 à 49 ans	5,51	1,84	5,54	2,06
50 à 54 ans	7,44	2,31	7,48	2,61
55 à 59 ans	7,73	2,17	8,06	2,45
60 à 64 ans**	8,10	1,73	8,47	1,91

\* L'avenant d'ajustement au coût de la vie permet de maintenir les prestations au même niveau que l'inflation. La prime est ajoutée au coût de la prestation d'assurance ILD.

La prime de l'avenant COLA est payable jusqu'à 63 ans et la prestation prend fin à 65 ans.

\*\* Taux de renouvellement seulement

Securian Canada calcule les taux en fonction de votre âge à l'anniversaire de la police d'assurance. Securian Canada effectue le calcul de l'âge à l'anniversaire de la police d'assurance de chaque année.

Securian Canada examine les taux chaque année. Les taux peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante. Les taux sont renouvelables annuellement, peuvent être modifiés sur préavis et sont assujettis à la taxe provinciale, le cas échéant.

## Choses à savoir

- Le montant de la prestation est le montant de votre assurance à la date de votre invalidité, moins toute autre prestation payable en raison de votre invalidité. Cela comprend :
  - RPC/RRQ
  - Indemnisation des accidents du travail
  - Prestations d'assurance automobile
  - Paiement ou revenu de tout employeur
  - Prestations de retraite
  - Prestations d'invalidité pour la même invalidité ou une invalidité connexe, en vertu de tout autre régime d'assurance collective ou individuelle
- Au total, le revenu provenant de toutes les sources ne peut pas dépasser 85 % de votre revenu mensuel moyen gagné avant l'invalidité.
- Il y a un paiement maximum de 60 mois pour la couverture ILD dans le cadre du régime groupé (option 1).



## Exclusions

Nous ne versons pas de paiement en cas d'invalidité résultant d'une ou de plusieurs des situations suivantes :

- Blessures subies ou maladie qui se manifeste pour la première fois avant que la couverture ne soit en vigueur
- Guerre déclarée ou non, insurrection ou rébellion
- Participation volontaire à une émeute ou à l'exécution d'un acte de désobéissance civile
- Blessures intentionnellement provoquées par vous
- Perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel
- Grossesse sans complication
- Les paiements ne sont pas effectués pendant une période passée en prison ou dans un établissement similaire

Nous n'émettrons pas de paiement :

- À moins que vous ne soyez totalement invalide, tel que défini dans la Politique;
- Si votre permis d'exercer en tant qu'hygiéniste dentaire est révoqué, à moins que cela ne soit uniquement dû à la maladie ou à la blessure qui a causé une invalidité totale.

# Assurance maladie grave

De nombreux Canadiens souffriront d'une maladie grave, comme un accident vasculaire cérébral, une crise cardiaque ou un cancer. Votre régime provincial d'assurance maladie ne couvre pas certaines dépenses. Cela peut signifier que vous devez puiser dans votre épargne ou vos fonds de retraite.

Si vous tombez malade, l'assurance maladie grave vous aide à vous concentrer sur votre rétablissement plutôt que sur vos finances. CI couvre 25 conditions critiques.

## Couverture

- Pour vous : Couverture de 30 000 \$ à 300 000 \$ dollars, par tranches de 10 000 \$
- Si vous faites une demande, la couverture est également offerte pour :
  - Votre conjoint : Jusqu'à la même couverture que celle que vous choisissez pour vous-même
  - Vos enfants : 5 000 \$ à 20 000 \$, par tranches de 5 000 \$

## Pour faire une demande de couverture, vous devez :

- vivre au Canada;
- être membre en règle de l'ACHD (s'applique à la première personne couverte);
- avoir moins de 65 ans.

## Maladies de l'adulte couvertes

- |   |  |   |
|---|--|---|
| • Chirurgie de l'aorte                      | • Insuffisance rénale                                | • Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques |
| • Anémie aplasique                          | • Perte d'autonomie                                  | • Brûlures sévères  |
| • Méningite bactérienne                     | • Perte de membres                                   | • Accident vasculaire cérébral                              |
| • Tumeur cérébrale bénigne                  | • Perte de l'usage de la parole                      |   |
| • Cécité                                    | • Insuffisance organique majeure sur liste d'attente |   |
| • Cancer (mettant la vie en danger)         | • Transplantation d'un organe vital                  |   |
| • Coma                                      | • Maladie du neurone moteur                          |   |
| • Chirurgie coronarienne                    | • Sclérose en plaques                                |   |
| • Surdité                                   | • Infection professionnelle par le VIH               |   |
| • Démence, y compris la maladie d'Alzheimer | • Paralysie  |   |
| • Crise cardiaque                           |  |   |
| • Remplacement des valves du cœur           |  |   |

## Affections de l'enfant couvertes

- Paralysie cérébrale
- Cardiopathie congénitale
- Fibrose kystique
- Syndrome de Down
- Dystrophie musculaire
- Diabète sucré de type 1

Voir l'[annexe](#) pour les définitions détaillées de ces conditions.

## Autres avantages

- ✓ Payé sous forme de montant forfaitaire que vous pouvez dépenser comme vous le souhaitez, y compris pour d'autres options de traitement\*.
- ✓ Vous est versé que vous soyez ou non en mesure de travailler.

### Taux d'assurance maladie grave pour membre/conjoint(e)

Prime mensuelle par tranche de 10 000 \$ de prestations

Couverture de 30 000 \$ à 300 000 \$

Âge	Femme non-fumeuse	Femme fumeuse	Homme non-fumeur	Homme fumeur
Moins de 30 ans	1,16 \$	1,40 \$	1,24 \$	1,50 \$
30 à 34 ans	2,09	2,86	1,73	2,46
35 à 39 ans	2,63	4,15	2,16	3,19
40 à 44 ans	3,56	6,68	3,19	5,52
45 à 49 ans	5,09	10,64	5,39	10,91
50 à 54 ans	7,02	14,90	8,74	20,19
55 à 59 ans	9,46	19,40	13,84	34,00
60 à 64 ans	13,43	24,92	22,82	54,46
65 à 69 ans**	23,27	39,40	43,83	95,36

Prime mensuelle par tranche de 5 000 \$ de prestations

Tarif fixe pour tous les enfants de 3,00 \$

\* Le diagnostic d'une maladie grave, comme un cancer, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, doit avoir lieu après la date d'entrée en vigueur de la couverture et vous devez terminer une période de survie (comme indiqué dans la définition pertinente de la maladie grave).

\*\* Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, il s'agit des taux de renouvellement seulement.

Securian Canada calcule les taux en fonction de votre âge, de votre sexe et de votre statut de fumeur à l'anniversaire de la police d'assurance. Securian Canada effectue le calcul de l'âge à l'anniversaire de la police d'assurance de chaque année.

Securian Canada examine les taux chaque année. Les taux peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante. Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

### Limitation des affections préexistantes

- Aucune prestation n'est versée relativement à une maladie grave couverte qui s'est déclarée dans les 24 mois suivant la date d'effet de la couverture de la personne assurée et qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles la personne assurée a présenté des signes ou symptômes, consulté un(e) médecin ou un(e) autre praticien(ne) ou reçu des soins, des conseils ou des traitements d'ordre médical, ou au sujet desquelles une personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause, souffrant de la maladie ou de l'affection en cause, ou présentant les signes ou symptômes en cause aurait consulté un(e) médecin ou un(e) autre praticien(ne) au cours des 24 mois précédant la date d'effet de la couverture de la personne assurée.
- La présente exclusion est supprimée dans le cas où la période moratoire d'exclusion pour les enfants s'applique ou dans le cas où un(e) enfant à charge est né(e) ou adopté(e) plus de 10 mois après la date à laquelle l'enfant du ou de la membre est admis(e) à l'assurance contre les maladies graves pour les enfants.



## Exclusions

Securian Canada n'effectuera pas de paiement pour les réclamations liées à un ou à plusieurs des éléments suivants :

- Acte d'hostilité de forces armées, insurrection, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- Tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par la personne assurée, que cette personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste
- Participation à la perpétration d'un acte criminel
- Maladies, interventions chirurgicales ou troubles qui ne sont pas expressément définis dans les maladies graves couvertes
- Usage illégal ou illicite de drogues, de médicaments ou d'autres substances, usage abusif ou impropre de médicaments ou d'alcool
- Décès de la personne assurée au cours de la période de survie indiquée dans la définition détaillée (voir Glossaire)
- La prestation AMG n'est payable que relativement à la première affection couverte dont l'existence est constatée par un diagnostic ou qui donne lieu à une intervention chirurgicale. Dès que le capital est réglé, la couverture de la personne prend fin. Cette personne ne peut être admise de nouveau à la couverture prévue par cette garantie.



# Assurance maladie complémentaire

L'assurance maladie complémentaire (AMC) peut porter ses fruits de tant de façons. Il pourrait s'agir de médicaments, de frais d'optique, de rendez-vous paramédicaux et même d'hospitalisations.

## Couverture

Le tableau ci-dessous fournit certains détails sur la couverture. Pour voir la liste complète, consultez votre certificat d'assurance.

	<b>Option 1 (incluse dans le forfait)</b>	<b>Option 2 (achat comme produit autonome)</b>
<b>Attestation de bonne santé</b>	Aucune tarification médicale	Tarification médicale exigée
<b>Médicaments sur ordonnance*</b>	Frais remboursés à 80 %, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par personne couverte par année de référence	Frais remboursés à 80 %, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par personne couverte par année de référence
<b>Vaccins</b>	Jusqu'à 200 \$ par personne couverte par année de référence	Jusqu'à 250 \$ par personne couverte par année de référence
<b>Soins paramédicaux</b>	Frais remboursés à 80 % jusqu'à un maximum combiné de 500 \$ par personne couverte par année de référence	Frais remboursés à 80 % jusqu'à un maximum combiné de 1 000 \$ par personne couverte par année de référence
<b>Soins paramédicaux couverts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massothérapie</li> <li>• Physiothérapie</li> <li>• Psychologues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massothérapie</li> <li>• Physiothérapie</li> <li>• Psychologues</li> <li>• Orthophonie</li> <li>• Naturopathie</li> <li>• Diététicien(ne)s</li> <li>• Ergothérapie</li> <li>• Ostéopathie</li> <li>• Chiropractie</li> <li>• Acupuncture</li> <li>• Podologues/chiropractes</li> </ul>
<b>Soins de la vue</b>	Non couverts	100 %, jusqu'à concurrence de 250 \$ par personne couverte par période de 24 mois
<b>Examen de la vue</b>	Non couvert	100 %, jusqu'à concurrence de 100 \$ par personne couverte par période de 24 mois
<b>Services et articles médicaux</b>	Frais remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne couverte par année de référence	Frais remboursés à 100 %, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par personne couverte par année de référence
<b>Hospitalisation (exclut les hospitalisations pour convalescence)</b>	100 % des dépenses pour une chambre à deux lits Maximum par jour : 75 \$ hospitalisation de nuit Maximum pour l'année du régime : 10 000 \$ par personne assurée	100 % des dépenses pour une chambre à deux lits Maximum par jour : 100 \$ hospitalisation de nuit Maximum pour l'année du régime : 20 000 \$ par personne assurée

\* Les prestations sont versées d'un montant égal au médicament équivalent le moins cher, sauf approbation expresse de Securian Canada. Vous pouvez présenter une demande d'exception si l'utilisation d'un autre médicament sur ordonnance est nécessaire pour des raisons médicales.

	<b>Option 1 (incluse dans le forfait)</b>	<b>Option 2 (achat comme produit autonome)</b>
<b>Urgence hors de la province</b> Couverture pour les frais médicaux engagés en raison d'une urgence survenue au Canada, mais à l'extérieur de votre province de résidence	Services couverts <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation en chambre à deux lits</li> <li>• Services reçus à titre de patient(e) externe</li> <li>• Autres services hospitaliers</li> <li>• Services offerts par un(e) médecin</li> </ul> Pourcentage de remboursement : 100 % Durée du voyage : maximum de 30 jours à compter de la date du départ de la province de résidence Assistance voyage	Services couverts <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation en chambre à deux lits</li> <li>• Services reçus à titre de patient(e) externe</li> <li>• Autres services hospitaliers</li> <li>• Services offerts par un(e) médecin</li> </ul> Pourcentage de remboursement : 100 % Durée du voyage : maximum de 30 jours à compter de la date du départ de la province de résidence Assistance voyage
<b>Urgence à l'extérieur du pays (à l'extérieur du Canada)</b>	Maximum à vie : 2 millions \$ par personne couverte Pourcentage de remboursement : 100 % Recommandation : 80 % Maximum par voyage : 1 million \$	Maximum à vie : 2 millions \$ par personne couverte Pourcentage de remboursement : 100 % Recommandation : 80 % Maximum par voyage : 1 million \$

### Pour faire une demande de couverture, vous devez :

- vivre au Canada;
- être membre en règle de l'ACHD (s'applique à la première personne couverte);
- avoir moins de 60 ans (pour l'option 1) ou moins de 65 ans (pour l'option 2);
- être couvert(e) par l'assurance maladie provinciale.

Les résident(e)s du Québec doivent aussi avoir une couverture pour les frais médicaux et les médicaments et la conserver. Cette couverture peut être offerte par un régime collectif ou par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cette garantie ne s'applique pas aux résident(e)s du Québec non couvert(e)s par un régime collectif ou par la couverture de la RAMQ.

### Taux d'assurance de soins de santé complémentaires pour l'option 1 :

Compris dans le forfait (veuillez consulter [la page 4](#))

### Taux d'assurance de soins de santé complémentaires pour l'option 2 :

#### Membre du régime seulement - célibataire

Âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	T.N.-O.	Nt	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	Yn
0 à 44	113,42	\$ 115,73	\$ 104,18	\$ 106,61	\$ 106,62	\$ 100,95	\$ 121,97	\$ 121,97	\$ 126,13	\$ 109,73	\$ 95,87	\$ 101,41	\$ 121,97
45 à 54	134,33	129,94	123,71	138,49	137,34	126,59	148,07	148,07	147,15	133,29	111,46	119,78	148,07
55 à 59	143,11	142,99	129,48	157,20	160,31	141,96	159,39	159,39	157,43	152,69	128,44	126,59	159,39
60 à 64	155,23	149,92	138,49	174,99	182,38	153,27	171,17	171,17	171,63	171,06	138,49	137,80	171,17
65 à 69	106,84	119,43	129,59	154,77	181,10	113,88	113,08	113,08	121,40	146,45	132,02	121,63	113,08

### Membre du régime plus un(e) membre de la famille admissible - couple

Âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	T.N.-O.	Nt	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	Yn
0 à 44	206,28	\$ 210,67	\$ 189,31	\$ 193,93	\$ 194,04	\$ 183,30	\$ 222,22	\$ 222,22	\$ 229,85	\$ 199,58	\$ 173,94	\$ 184,34	\$ 222,22
45 à 54	244,98	237,01	225,35	252,84	250,64	230,77	270,50	270,50	268,88	243,13	202,71	218,06	270,50
55 à 59	261,38	261,26	236,20	287,49	293,26	259,18	291,41	291,41	287,83	278,94	234,12	230,77	291,41
60 à 64	283,67	273,97	252,84	320,29	334,03	280,20	313,36	313,36	314,16	313,01	252,84	251,56	313,36
65 à 69	194,27	217,60	236,31	282,87	331,61	207,33	205,82	205,82	221,19	267,62	240,82	221,65	205,82

### Membre du régime plus tou(te)s les membres de la famille admissibles - famille

Âge	Alb.	C.-B.	Man.	N.-B.	T.-N.-L.	N.-É.	T.N.-O.	Nt	Ont.	Î.-P.-É.	Qc	Sask.	Yn
0 à 44	277,43	\$ 283,21	\$ 254,45	\$ 260,57	\$ 260,69	\$ 246,25	\$ 298,91	\$ 298,91	\$ 309,20	\$ 268,31	\$ 233,66	\$ 247,63	\$ 298,91
45 à 54	329,64	318,90	303,07	340,26	337,26	310,46	364,06	364,06	361,87	327,22	272,47	293,37	364,06
55 à 59	351,81	351,58	317,75	387,05	394,78	348,81	392,36	392,36	387,51	375,61	314,97	310,46	392,36
60 à 64	381,96	368,91	340,26	431,40	449,88	377,22	421,93	421,93	423,08	421,58	340,26	338,54	421,93
65 à 69	261,03	292,68	317,98	380,92	446,75	278,71	276,63	276,63	297,42	360,13	323,98	298,11	276,63

Securian Canada calcule les taux en fonction de votre âge à l'anniversaire de la police d'assurance. Securian Canada effectue le calcul de l'âge à l'anniversaire de la police d'assurance de chaque année.

Securian Canada examine les taux chaque année. Les taux peuvent changer et augmenteront à mesure que vous passerez à la tranche d'âge suivante. Les taux sont renouvelables annuellement et soumis à la taxe provinciale, le cas échéant.

### Exclusions

Securian Canada n'effectuera pas de paiement s'il y a une réclamation liée à un ou à plusieurs des éléments suivants :

- Guerre déclarée ou non, insurrection ou rébellion
- Participation volontaire à une émeute ou à l'exécution d'un acte de désobéissance civile
- Perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel
- Rendez-vous non respectés ou annulés
- Examens subis ou services reçus uniquement pour les besoins d'une tierce partie
- Déplacements en provenance ou à destination du lieu d'un rendez-vous
- Services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche tels que définis dans le contrat
- Services qui ne seraient pas facturés si vous n'aviez pas cette couverture ou pour lesquels la personne assurée n'est pas légalement tenue de payer
- Soins dentaires, à l'exception des lésions dentaires spécifiées
- Articles de confort personnel ou destinés à être utilisés dans le cadre d'activités sportives ou d'autres activités récréatives
- Appareils, restaurations ou procédures de traitement liés au dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire
- Soins, services ou fournitures disponibles dans le cadre de l'indemnisation des accidents du travail
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'étranger



## Choses à savoir

- **Équivalents les moins chers** : La police ne couvre pas les frais en excédent du prix du médicament équivalent le moins cher, à moins que Securian Canada n'en ait expressément approuvé le remboursement. Vous pouvez présenter une demande d'exception si l'utilisation d'un autre médicament sur ordonnance est nécessaire pour des raisons médicales.
- **Programme d'autorisation préalable** : Le programme d'autorisation préalable (AP) s'applique à un nombre limité de médicaments et, comme son nom l'indique, vous devez obtenir une approbation préalable pour la couverture en vertu du programme. Si un(e) médecin prescrit un médicament qui est inclus dans le programme d'AP, vous et le ou la médecin traitant(e) devez remplir un formulaire d'AP. Nous examinerons le formulaire pour déterminer si vous pouvez être admissible à l'avantage lié à ce médicament.
- **Résident(e)s du Québec** : Avez-vous une assurance médicaments par l'entremise de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)? Soumettez les demandes de règlement de médicaments sur ordonnance à la RAMQ. Vous pouvez ensuite nous soumettre toute partie restante et impayée admissible en vertu de la présente politique, pour remboursement. La coassurance et la franchise que vous devez payer en vertu de votre régime avec la RAMQ sont admissibles en vertu de cette police.

Avez-vous une couverture de médicaments de groupe, mais pas de la RAMQ? Soumettez d'abord vos demandes de remboursement de médicaments à votre police d'assurance collective. Vous pouvez ensuite soumettre toute partie restante et impayée admissible au remboursement en vertu de cette politique. Si votre assurance-médicaments collective est souscrite auprès de Securian Canada, veuillez composer le 1 877 363-2773 pour coordonner les prestations de médicaments entre votre police collective et cette police. Si votre couverture de médicaments collective prend fin, vous devez souscrire à l'assurance médicaments sur ordonnance de la RAMQ pour demeurer admissible en vertu de cette police.



# Quand votre couverture prendra-t-elle fin?

## **Votre couverture prend fin :**

- si vous n'êtes plus membre en règle de l'ADH;
- si la police collective est annulée;
- si vous annulez votre couverture;
- à votre 65<sup>e</sup> anniversaire pour la vie, l'ILD et l'assurance DMA ou à votre 70<sup>e</sup> anniversaire pour l'AMG et l'AMC;
- à la date d'échéance de la prime si vous ne payez pas la prime;
- lorsque vous ne vivez plus au Canada;
- à la date de votre décès;
- pour l'AMG, lorsque la prestation est versée.

## **La couverture de votre conjoint(e) prend fin :**

- si votre couverture prend fin;
- au 65<sup>e</sup> anniversaire de votre conjoint(e) pour l'assurance vie; au 70<sup>e</sup> anniversaire de votre conjoint(e) pour l'AMG et l'AMC;
- lorsque votre conjoint(e) ne vit plus au Canada;
- à la date du décès de votre conjoint(e);
- s'il ou elle ne répond plus à la définition de conjoint(e);
- pour l'AMG, lorsque Securian Canada paie la prestation.

## **La couverture de votre ou vos enfant(s) à charge prend fin :**

- si votre protection ou celle de votre conjoint(e) prend fin (selon que la protection des personnes à charge est souscrite en vertu de votre protection ou de celle de votre conjoint(e));
- si la police ne couvre plus les enfants à charge;
- lorsque votre enfant à charge ne vit plus au Canada;
- à la date de votre décès;
- s'il ou elle ne répond plus à la définition d'une personne à charge;
- pour l'AMG, lorsque Securian Canada paie la prestation.

Toute couverture ne prend effet qu'une fois la demande approuvée et le paiement de la prime reçue. Cette brochure présente les grandes lignes, mais pas tous les détails du programme d'assurance de l'ACHD. Les modalités, conditions, exclusions et limitations complètes régissant la couverture d'assurance sont présentées dans la police d'assurance collective émise par la Compagnie d'assurance vie Première du Canada, qui exerce ses activités sous le nom de Securian Canada.

# Comment faire une demande de couverture

## Trois étapes faciles pour vous protéger financièrement et protéger vos proches aujourd'hui

Peu importe où vous en êtes dans votre vie ou votre carrière, il est important d'avoir des mesures de protection en place. Les tarifs de groupe de l'ACHD rendent l'assurance dont vous avez besoin plus abordable.

C'est aussi pratique.

Grâce à la soumission en ligne gratuite, vous pouvez facilement choisir la couverture qui convient à votre budget.

Visitez simplement [securiancanada.ca/achd](http://securiancanada.ca/achd) pour vérifier vos options et voir les tarifs. Prenez quelques minutes pour postuler dès aujourd'hui. Vous serez heureux(se) de l'avoir fait!



## Faites une demande dès aujourd'hui, afin de pouvoir vous reposer plus facilement demain

### Avez-vous des questions ou avez-vous besoin d'aide pour faire votre demande?

Veillez nous appeler au **1 877 363-2773**

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h HE

# Annexe pour les maladies graves couvertes

## Maladies de l'adulte couvertes

### Description

Maladies de l'adulte couvertes	Description
<b>Chirurgie de l'aorte</b>	<p>Une intervention chirurgicale pour une maladie de l'aorte nécessitant l'excision et le remplacement chirurgical de toute partie de l'aorte malade par un greffon. L'aorte signifie l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais pas ses branches. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date de l'intervention chirurgicale.</p> <p><b>Exclusion</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour l'angioplastie, les interventions intra-artérielles, les interventions transcathéter par voie percutanée ou les interventions non chirurgicales.</p>
<b>Anémie aplasique</b>	<p>Un diagnostic définitif d'insuffisance médullaire chronique persistante, confirmé par biopsie, qui entraîne une anémie, une neutropénie et une thrombocytopénie nécessitant une transfusion de produit sanguin, et traitement par au moins l'un des moyens suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) agents stimulant la moelle osseuse;</li> <li>b) gents immunosuppresseurs;</li> <li>c) greffe de moelle osseuse.</li> </ul> <p>Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p>
<b>Méningite bactérienne</b>	<p>Un diagnostic définitif de méningite, confirmé par le liquide céphalorachidien montrant la croissance de bactéries pathogènes en culture, entraînant un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours après la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 90 jours qui suivent la date du diagnostic.</p> <p><b>Exclusion</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour la méningite virale.</p>
<b>Tumeur cérébrale bénigne</b>	<p>Un diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou radiologique ou provoquer un ou des déficits neurologiques objectifs irréversibles.</p> <p>Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune prestation ne sera versée au titre de cette condition pour les adénomes hypophysaires de moins de 10 mm.</p> <p>Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'une tumeur initiale qui a été diagnostiquée avant la date d'effet de la couverture.</p> <p><b>Exclusions de la période de moratoire</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable et la couverture de la personne assurée pour la tumeur bénigne au cerveau prendra fin si, dans les 90 premiers jours suivant la dernière des éventualités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la date où la demande de couverture a été signée pour le présent contrat; ou</li> <li>b) la date d'entrée en vigueur de la couverture de la personne assurée,             <ul style="list-style-type: none"> <li>la personne assurée :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>i) a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic, ou</li> <li>ii) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes du contrat).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Si la couverture de la personne assurée relative au cancer prend fin, la couverture prévue pour toutes les autres affections couvertes demeure toutefois en vigueur.</p> <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tout signe, tout symptôme ou toute investigation menant au diagnostic doivent être signalés à la Compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces informations ne sont pas fournies à l'intérieur de cette période, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou une maladie grave causée par un cancer ou son traitement.</p>



**Maladies de l'adulte couvertes**

**Description**

<p><b>Cécité</b></p>	<p>Un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux, ou</li> <li>b) un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.</li> </ul> <p>Le diagnostic de cécité doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p>
<p><b>Cancer</b></p>	<p>Un diagnostic définitif d'une tumeur qui doit être caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlées de cellules malignes et l'invasion des tissus. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.</p> <p>Le diagnostic de cancer doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'effet de la couverture.</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour les types suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) lésions décrites comme bénignes, précancéreuses, incertaines, limites, non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs classées comme Ta;</li> <li>b) cancer de la peau avec mélanome malin d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou accompagné de métastases à un ganglion lymphatique ou à distance;</li> <li>c) tout cancer de la peau sans mélanome, sans métastases à un ganglion lymphatique ou à distance;</li> <li>d) cancer de la prostate classé comme présentant l'une ou l'autre des affections suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>i) cancer papillaire de la thyroïde ou cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre le plus élevé est inférieur ou égal à 2,0 cm et classé T1, sans métastases à un ganglion lymphatique ou à distance;</li> <li>ii) leucémie lymphoïde chronique classée moins que le stade 1 de Rai; ou</li> <li>iii) tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes et tumeurs carcinoïdes malignes, classées comme étant inférieures au stade 2 de l'AJCC.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions de la période de moratoire</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable et la couverture de la personne assurée pour le cancer prendra fin si, dans les 90 premiers jours suivant la dernière des éventualités suivantes,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la date où la demande de couverture a été signée pour le présent contrat; ou</li> <li>b) la date d'entrée en vigueur de la couverture de la personne assurée, la personne assurée :             <ul style="list-style-type: none"> <li>i) a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette police d'assurance), sans égard à la date du diagnostic;</li> <li>ii) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette police d'assurance).</li> </ul> </li> </ul> <p>Si l'assurance de la personne assurée relative au cancer prend fin, l'assurance prévue pour toutes les autres affections couvertes demeure toutefois en vigueur.</p> <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tout signe, tout symptôme ou toute investigation menant au diagnostic doivent être signalés à la Compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis au cours de cette période, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.</p> <p>Dans le cadre de la présente police d'assurance, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 de l'AJCC doivent être appliqués comme définis dans le manuel de stadification du cancer de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7<sup>e</sup> édition, 2010.</p> <p>Dans le cadre de la présente police d'assurance, le terme « stade 1 de Rai » doit être appliqué comme indiqué dans K.R. Rai, A. Sawitsky, E.P. Cronkite, A.D. Chanana, R.N. Levy et B.S. Pasternack : Stadification clinique de la leucémie lymphoïde chronique. Sang 46 : 219, 1975.</p>

**Maladies  
de l'adulte  
couvertes**

**Description**

<p><b>Coma</b></p>	<p>Un diagnostic définitif d'un état d'inconscience caractérisé par l'absence de réaction aux stimuli externes ou de réponse aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures, période pendant laquelle le score de coma de Glasgow doit être 4 ou inférieur.</p> <p>Le diagnostic de coma doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour :</p> <p>a) un coma médicalement provoqué;</p> <p>b) un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue; ou</p> <p>c) un diagnostic de mort cérébrale.</p>
<p><b>Chirurgie coronarienne</b></p>	<p>Une opération cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de pontage par greffe(s).</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date de l'intervention chirurgicale.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour l'angioplastie, les interventions intra-artérielles, les interventions transcathéter par voie percutanée ou les interventions non chirurgicales.</p>
<p><b>Surdité</b></p>	<p>Un diagnostic définitif de perte auditive totale et irréversible dans les deux oreilles, avec un seuil auditif de 90 décibels ou plus dans le seuil de parole de 500 à 3 000 hertz.</p> <p>Le diagnostic de surdité doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p>
<p><b>Démence, y compris la maladie d'Alzheimer</b></p>	<p>Un diagnostic définitif de détérioration progressive de la mémoire et au moins l'un des domaines suivants de la fonction cognitive :</p> <p>a) aphasie (trouble de la parole);</p> <p>b) apraxie (difficulté à effectuer des tâches familières);</p> <p>c) agnosie (difficulté à reconnaître les objets); ou</p> <p>d) perturbation du fonctionnement exécutif (p. ex., incapacité à penser de façon abstraite et à planifier, initier, séquencer, surveiller et arrêter un comportement complexe), ce qui affecte la vie quotidienne.</p> <p>La personne assurée doit présenter :</p> <p>a) une démence d'une gravité au moins modérée, qui doit être attestée par un mini examen de l'état mental de 20/30 ou moins, ou un score équivalent sur un autre test généralement accepté sur le plan médical ou des tests de la fonction cognitive; et</p> <p>b) des signes d'aggravation progressive du fonctionnement cognitif et quotidien, soit par des tests cognitifs en série, soit par des antécédents sur une période d'au moins 6 mois.</p> <p>Le diagnostic de démence doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette affection pour les troubles affectifs ou schizophrènes ou le délire. Aux fins de la présente politique, la référence au mini examen de l'état mental est à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3) : 189.</p>

**Maladies de l'adulte couvertes**

**Description**

<p><b>Crise cardiaque</b></p>	<p>Un diagnostic formel de nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'infarctus du myocarde, et présentant au moins un des éléments suivants :</p> <p>a) symptômes de crise cardiaque;</p> <p>b) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) indiquant une crise cardiaque;</p> <p>c) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.</p> <p>Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour :</p> <p>a) l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne, en l'absence de nouvelles ondes Q; ou</p> <p>b) la découverte de changements à l'ECG indiquant un précédent infarctus du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque donnée ci-dessus.</p>
<p><b>Remplacement des valves du cœur</b></p>	<p>Une intervention chirurgicale pour remplacer une valve cardiaque par une valve naturelle ou mécanique ou pour réparer des anomalies ou des anomalies de la valve cardiaque.</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date de l'intervention chirurgicale.</p> <p><b>Exclusion</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour l'angioplastie, les interventions intra-artérielles, les interventions transcathéter par voie percutanée ou les interventions non chirurgicales.</p>
<p><b>Insuffisance rénale</b></p>	<p>Un diagnostic formel d'insuffisance rénale chronique irréversible (pour les deux reins), entraînant l'instauration d'une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une transplantation rénale.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p>
<p><b>Perte d'autonomie</b></p>	<p>Un diagnostic formel d'incapacité totale à effectuer, par soi-même, au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne suivantes pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans possibilité raisonnable de rétablissement. Les activités de la vie courante sont :</p> <p>a) se laver – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels;</p> <p>b) se vêtir – capacité d'enfiler et de retirer les vêtements, appareils orthodontiques, membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux nécessaires, avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels;</p> <p>c) aller à la toilette – capacité de monter sur la toilette et d'en descendre et de maintenir une hygiène personnelle avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels;</p> <p>d) maîtriser ses fonctions urinaire et intestinale – capacité de maîtriser les fonctions intestinale et urinaire avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux, de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle acceptable;</p> <p>e) se mouvoir – capacité de s'installer sur un lit, une chaise ou un fauteuil roulant, et de s'en lever avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels;</p> <p>f) se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels.</p> <p>Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un(e) médecin spécialiste. Aucune période de survie supplémentaire n'est requise une fois que les conditions décrites ci-dessus sont satisfaites.</p>
<p><b>Perte de membres</b></p>	<p>Un diagnostic définitif de séparation complète de deux membres ou plus au niveau ou au-dessus du poignet ou de l'articulation de la cheville à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement requise.</p> <p>Le diagnostic de perte d'un/des membre(s) doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p>

**Maladies de l'adulte couvertes**

**Description**

<p><b>Perte de l'usage de la parole</b></p>	<p>Un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole à la suite d'une blessure ou d'une maladie physique pendant une période d'au moins 180 jours.</p> <p>Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un(e) médecin spécialiste. Aucune période de survie supplémentaire n'est requise une fois que les conditions décrites ci-dessus sont satisfaites.</p> <p><b>Exclusion</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si la perte de la parole est due à une cause psychiatrique.</p>
<p><b>Insuffisance organique majeure sur liste d'attente</b></p>	<p>Un diagnostic définitif d'insuffisance cardiaque irréversible, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, et une greffe est médicalement nécessaire. Pour être admissible au titre de la défaillance d'un organe majeur sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite en tant que receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui pratique la forme de chirurgie de transplantation requise.</p> <p>En ce qui a trait à la détermination de la période de survie, la date du diagnostic est la date d'inscription de l'assuré dans le centre de transplantation.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance d'organe vital doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p>
<p><b>Transplantation d'un organe vital</b></p>	<p>Un diagnostic définitif d'insuffisance cardiaque irréversible, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, et une greffe est médicalement nécessaire. Pour être admissible à une greffe d'organe vital, la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et limitée à ces entités.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance d'organe vital doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date de la greffe.</p>
<p><b>Maladie du neurone moteur</b></p>	<p>Un diagnostic définitif de l'une des affections suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire, et limité à ces affections.</p> <p>Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p>
<p><b>Sclérose en plaques</b></p>	<p>Un diagnostic formel d'au moins un des troubles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation;</li> <li>b) anomalies neurologiques bien définies persistant pendant plus de 6 mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des lésions multiples de démyélinisation;</li> <li>c) une seule poussée confirmée par plusieurs IRM du système nerveux, montrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.</li> </ul> <p>Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic.</p>
<p><b>Infection professionnelle par le VIH</b></p>	<p>Un diagnostic définitif du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle dans le cadre de l'occupation normale de la personne assurée, qui a exposé la personne assurée à des liquides corporels contaminés par le VIH. La blessure accidentelle ayant entraîné l'infection doit avoir eu lieu après la dernière des éventualités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la date où la demande de couverture a été signée pour le présent contrat; ou</li> <li>b) la date d'entrée en vigueur de la couverture de la personne assurée.</li> </ul> <p>Le paiement dans cette condition exige la satisfaction de tous les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la blessure accidentelle doit être signalée à la Compagnie dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle;</li> </ul>

**Maladies de l'adulte couvertes**

**Description**

<p><b>Infection par le VIH au travail (suite)</b></p>	<p>b) un test sérique de dépistage du VIH doit être effectué dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;</p> <p>c) un test sérique de dépistage du VIH doit être effectué entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;</p> <p>d) tous les tests de dépistage du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et</p> <p>e) la blessure accidentelle doit avoir été signalée, examinée et documentée conformément aux directives en vigueur au Canada ou aux États-Unis en matière de milieu de travail.</p> <p>Le diagnostic d'infection professionnelle par le VIH doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du deuxième test sérique de dépistage du VIH décrit ci-dessus.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si :</p> <p>a) la personne assurée a choisi de ne pas prendre de vaccin homologué offrant une protection contre le VIH;</p> <p>b) un remède homologué contre l'infection par le VIH est devenu disponible avant une blessure accidentelle; ou</p> <p>c) une infection par le VIH est survenue à la suite d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle et la consommation de drogues par voie intraveineuse (IV).</p>
<p><b>Paralysie</b></p>	<p>Un diagnostic formel de perte totale de la fonction musculaire de deux membres ou plus, à la suite d'une blessure ou d'une maladie de la jonction nerveuse de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur.</p> <p>Le diagnostic de paralysie doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 90 jours après l'événement déclencheur.</p>
<p><b>Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques</b></p>	<p>Un diagnostic définitif de maladie de Parkinson primaire, une affection neurologique permanente caractérisée par une bradykinésie (ralentissement des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblements au repos. La personne assurée doit présenter des signes objectifs de détérioration progressive de son fonctionnement pendant au moins un an, pour lesquels le ou la neurologue traitant(e) a recommandé un médicament dopaminergique ou un autre traitement équivalent généralement accepté sur le plan médical pour la maladie de Parkinson.</p> <p><b>Troubles atypiques parkinsoniens spécifiques</b> – Un diagnostic définitif de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence corticobasale ou d'atrophie multisystémique.</p> <p>Le diagnostic de la maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique spécifié doit être posé par un neurologue ou un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit remplir les conditions ci-dessus et survivre pendant les 30 jours qui suivent la date à laquelle toutes ces conditions sont remplies.</p> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune prestation ne sera versée pour la maladie de Parkinson ou des troubles atypiques spécifiques si, au cours de la première année suivant la dernière des éventualités suivantes :</p> <p>a) la date où la demande de couverture a été signée pour le présent contrat; ou</p> <p>b) la date d'entrée en vigueur de la couverture de la personne assurée,</p> <p>la personne assurée :</p> <p>i) a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques (couvert ou exclu dans cette police d'assurance), sans égard à la date du diagnostic;</p> <p>ii) a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, d'un trouble de Parkinson atypique spécifique ou de tout autre type de parkinsonisme (couvert ou exclu en vertu de la présente politique).</p> <p>Aucune prestation ne sera versée en raison de la maladie de Parkinson ou de troubles atypiques spécifiques de la maladie de Parkinson pour tout autre type de parkinsonisme.</p>



## Maladies de l'adulte couvertes

### Description

<b>Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques (suite)</b>	Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tout signe, tout symptôme ou toute investigation menant au diagnostic doivent être signalés à la Compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis pendant cette période, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour la maladie de Parkinson ou des troubles atypiques spécifiques de Parkinson ou toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou des troubles atypiques spécifiques de Parkinson ou son traitement.
<b>Brûlures sévères</b>	Un diagnostic définitif de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévère doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date à laquelle la brûlure grave s'est produite.
<b>Accident vasculaire cérébral</b>	Un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie d'origine extra-crânienne, avec : a) une apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et b) de nouveaux déficits neurologiques objectifs à l'examen clinique persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un(e) médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date du diagnostic. <b>Exclusions</b> Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour : a) les accidents ischémiques transitoires; b) les événements vasculaires intracérébraux dus à un traumatisme; ou c) les infarctus lacunaires, qui ne répondent pas à la définition d'un accident vasculaire cérébral comme décrit ci-dessus.

## Affections de l'enfant couvertes

### Description

<b>Paralysie cérébrale</b>	Un diagnostic définitif d'une anomalie neurologique non progressive affectant le contrôle musculaire. Ce défaut est caractérisé par la spasticité et l'incoordination des mouvements. Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par un(e) médecin spécialiste. L'enfant à charge assuré(e) doit survivre pendant les 30 jours suivant la date du diagnostic.
----------------------------	---



**Affections  
de l'enfant  
couvertes**

**Description**

<p><b>Cardiopathie congénitale</b></p>	<p>Un diagnostic définitif d'au moins une des affections cardiaques couvertes décrites ci-dessous pour laquelle une chirurgie à cœur ouvert est effectuée pour corriger l'affection.</p> <p>Affections cardiaques couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) coarctation de l'aorte;</li> <li>b) l'anomalie d'Ebstein;</li> <li>c) syndrome d'Eisenmenger;</li> <li>d) Tétralogie de Fallot;</li> <li>e) transposition des grands vaisseaux.</li> </ul> <p>Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un(e) médecin spécialiste et appuyé par une imagerie cardiaque acceptable pour la Compagnie. L'enfant à charge assuré(e) doit survivre pendant les 30 jours suivant la date du diagnostic.</p> <p>Affections cardiaques couvertes si une chirurgie à cœur ouvert est effectuée (ces affections cardiaques ne sont couvertes que si une chirurgie à cœur ouvert est effectuée pour corriger au moins une d'entre elles) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) sténose aortique;</li> <li>b) défaut du septum auriculaire;</li> <li>c) sténose aortique sous-valvulaire discrète;</li> <li>d) sténose pulmonaire;</li> <li>e) défaut septal ventriculaire.</li> </ul> <p>Les procédures non couvertes par cette définition sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la fermeture percutanée du septum auriculaire;</li> <li>b) les procédures transcathéter qui comprennent la valvuloplastie par ballonnet.</li> </ul> <p>Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé et l'intervention chirurgicale doit être recommandée et effectuée par un(e) médecin spécialiste et être soutenue par une imagerie cardiaque acceptable pour la Compagnie. L'enfant à charge assuré(e) doit survivre pendant les 30 jours qui suivent la date de l'intervention chirurgicale.</p>
<p><b>Fibrose kystique</b></p>	<p>Un diagnostic définitif de fibrose kystique chez l'enfant à charge assuré(e) atteint(e) d'une maladie pulmonaire chronique et d'insuffisance pancréatique.</p> <p>Le diagnostic de fibrose kystique doit être posé par un(e) médecin spécialiste. L'enfant à charge assuré(e) doit survivre pendant les 30 jours suivant la date du diagnostic.</p>
<p><b>Syndrome de Down</b></p>	<p>Un diagnostic définitif de syndrome de Down étayé par des signes chromosomiques de trisomie 21.</p> <p>Le diagnostic de syndrome de Down doit être posé par un(e) médecin spécialiste. L'enfant à charge assuré(e) doit survivre pendant les 30 jours suivant la date du diagnostic.</p>
<p><b>Dystrophie musculaire</b></p>	<p>Un diagnostic définitif de dystrophie musculaire où l'enfant à charge assuré(e) présente des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par électromyographie et biopsie musculaire.</p> <p>Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par un(e) médecin spécialiste. L'enfant à charge assuré(e) doit survivre pendant les 30 jours suivant la date du diagnostic.</p>
<p><b>Diabète sucré de type 1</b></p>	<p>Un diagnostic définitif où l'enfant à charge assuré(e) présente une carence totale en insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. La dépendance à l'insuline doit persister pendant une période continue d'au moins 3 mois. Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit être posé par un(e) médecin spécialiste. L'enfant à charge assuré(e) doit survivre pendant les 90 jours suivant la date du diagnostic.</p>

## Glossaire

**Revenu mensuel moyen gagné** : La moyenne la plus élevée de votre revenu mensuel pour toute période de 12 mois consécutifs au cours de la période de 24 mois précédant immédiatement la date à laquelle vous devenez totalement invalide. Voir aussi Revenu gagné.

**Couple** : Vous et votre conjoint(e)

**Enfant à votre charge** : Votre enfant qui n'est pas marié(e) ou engagé(e) dans une autre union formelle reconnue par la loi, qui dépend de vous ou de votre conjoint(e) pour sa subsistance et qui est âgé(e) de moins de 21 ans (25 ans si la personne à charge est un(e) étudiant(e) à temps plein - 26 ans au Québec), y compris les enfants adopté(e)s et les beaux-enfants, ou les enfants de tout âge s'ils ou elles sont incapables de subvenir à leurs besoins en raison d'une incapacité physique ou mentale. Une fois que vous avez opté pour la couverture familiale, les nouveau-né(e)s sont automatiquement couvert(e)s. Vous devez également être couvert(e) pour obtenir la couverture d'un enfant à charge.

**Revenu gagné** : Le salaire, les honoraires, les commissions et les primes du/de la membre assuré(e) et tout autre revenu gagné pour les services rendus moins les dépenses d'affaires habituelles que l'entreprise engage régulièrement, qui sont essentielles aux activités de l'entreprise et qui sont déductibles aux fins de l'impôt sur le revenu.

Les dépenses qui ne sont pas habituelles et les dépenses professionnelles habituelles comprennent les salaires, les avantages sociaux et d'autres formes de rémunération qui sont payables à l'un(e) des membres de la famille immédiate du/de la membre assuré(e), à moins que ces dépenses soient cohérentes avec les dépenses engagées avant l'invalidité totale ou résiduelle et qu'elles soient raisonnables par rapport à celles-ci.

Le revenu gagné ne comprend pas :

- a) le revenu provenant de régimes de rémunération différée, de politiques d'invalidité ou de régimes de retraite, ou
- b) les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les régimes de maintien du salaire ou tout autre paiement non lié à la prestation de services personnels.

La méthode de comptabilité d'exercice pour comptabiliser les produits et les charges sera utilisée pour calculer le revenu gagné.

**Délai de carence** : Nombre de jours pendant lesquels vous êtes invalide avant le début des paiements.

**Famille** : Vous, votre conjoint(e) et tou(te)s vos enfants à charge.

**Année du régime** : Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

**Conjoint(e)** : Le ou la conjoint(e) du/de la membre par mariage ou par toute autre union formelle reconnue par la loi, ou un(e) partenaire du sexe opposé ou du même sexe qui vit avec le ou la membre et a vécu avec le ou la membre dans le cadre d'une relation conjugale depuis au moins 1 an. Il n'y a pas de période minimale de cohabitation pour les conjoint(e)s de fait si un(e) enfant est né(e) de leur relation.

Une seule personne à la fois peut être couverte en tant que conjoint(e) du/de la membre au titre du présent contrat.

**Police d'assurance vie temporaire** : Vous serez couvert(e) pour une période spécifique et le coût de votre police est garanti pour toute la durée. Si vous décédez pendant que la police est en vigueur, vos bénéficiaires recevront un paiement non imposable.

**Invalidité totale (aux fins de l'assurance vie)** : Pendant 120 jours, vous n'êtes pas en mesure d'exercer une activité professionnelle pour laquelle vous êtes ou pourriez être qualifié(e) par l'éducation, la formation ou l'expérience.

**Totalement invalide (aux fins d'invalidité de longue durée)** : Pendant le délai de carence et les 24 premiers mois, vous êtes considéré(e) comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle, si un(e) médecin vous suit régulièrement et si vous n'exercez pas d'activité rémunérée ailleurs, sauf dans le cadre d'un programme de retour à l'emploi.

Après 24 mois, vous êtes considéré(e) comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'exercer une activité professionnelle pour laquelle vous êtes qualifié(e) par votre éducation, votre formation ou votre expérience, si un(e) médecin vous suit régulièrement et si vous n'exercez pas d'activité rémunérée ailleurs, sauf dans le cadre du programme de retour à l'emploi.

**Exonération de prime (membre) :** Si le ou la membre assuré(e) devient totalement invalide (incapacité à exécuter les tâches de toute profession) pendant une période continue de 120 jours et fournit une preuve à Securian Canada dans les 12 mois suivant l'invalidité totale, les primes pour l'assurance vie du/de la membre assuré(e), le décès et la mutilation accidentels du/de la membre et l'assurance maladie complémentaire du/de la membre seront annulées jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire du/de la membre assuré(e) si le ou la membre assuré(e) reste totalement invalide. L'assurance prendra fin à la date à laquelle le ou la membre assuré(e) atteint l'âge de 65 ans. Si le ou la membre assuré(e) reçoit des prestations d'invalidité totale en vertu de la police, les primes d'invalidité de longue durée du/de la membre assuré(e) seront annulées jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire du/de la membre assuré(e) si le ou la membre assuré(e) continue de recevoir des prestations d'invalidité totale.

**Exonération de prime conjoint(e) :** Si le ou la conjoint(e) assuré(e) devient totalement invalide (incapacité à exécuter les tâches de toute profession) pendant une période continue de 120 jours et fournit

une preuve à Securian Canada dans les 12 mois suivant l'invalidité totale, les primes de l'assurance vie du/de la membre assuré(e) seront annulées jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire du/de la conjoint(e) si le ou la conjoint(e) demeure totalement invalide.

L'assurance vie du/de la conjoint(e) ne sera maintenue que si le ou la conjoint(e) continue d'être une personne à charge admissible.

**Exonération de prime (enfant à charge) :** Les primes de toute assurance enfant à charge seront annulées pour toute période pendant laquelle les primes de l'assurance vie du/de la membre assuré(e) seront annulées. L'assurance vie de l'enfant à charge ne se poursuivra que si l'enfant à charge continue d'être une personne à charge admissible.

Après une période d'invalidité totale, le ou la membre assuré(e) ou le ou la conjoint(e) peut continuer à souscrire son assurance, à condition qu'il ou elle reprenne le paiement des primes dans les 31 jours suivant la date de recouvrement.

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour exercer leurs activités au Canada. Les polices sont souscrites par la Compagnie d'assurance vie Première du Canada.



[securiancanada.ca](http://securiancanada.ca)

25, avenue Sheppard Ouest, bur. 1400, Toronto (Ontario), Canada M2N 6S6  
©2023 Securian Canada. Tous droits réservés.

F103528-12cf 10-2023 DOFU 6-2023  
3056324