

ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE DE BASE SOMMAIRE DES GARANTIES D'ASSURANCE

Le présent document ne donne qu'un aperçu des garanties auxquelles vous êtes admissibles aux termes d'un contrat d'assurance collective délivré à votre employeur par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. (« la société ») et est disponible sur demande. En cas de divergence entre le présent document et les dispositions du contrat d'assurance collective, c'est ce dernier qui l'emporte. Tout droit d'un employé assuré aux garanties est régi uniquement par le contrat d'assurance collective, celui-ci pouvant toujours être modifié s'il y a lieu.

DESCRIPTION DU RÉGIME

Garantie maladies ou affections couvertes

S'il est établi par un spécialiste qu'un employé assuré souffre d'une des maladies ou affections faisant l'objet de son assurance maladie grave collective de base – celle-ci étant alors en vigueur – et que cet employé survit pendant au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, ou toute autre période plus longue précisée pour certaines maladies ou affections couvertes, la société lui versera le montant de prestations auquel il a droit pour la « **maladie ou affection couverte** » en cause, sous réserve des dispositions de la police collective. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date d'effet de l'assurance, ou à sa dernière date de remise en vigueur. Si l'employé assuré décède avant de toucher la prestation approuvée, c'est à sa succession qu'elle est alors versée. Dans le cas où un employé assuré est diagnostiqué simultanément avec de multiples maladies ou affections couvertes, la société ne versera la prestation maladies ou affections couvertes que pour une maladie ou affection couverte seulement. La maladie ou affection couverte pour laquelle la prestation maladies ou affections couvertes est versée sera la maladie ou affection couverte qui apparaît en premier dans une des garanties protection MultiPrestations (regroupement MultiPrestations) désignée dans la section « **garantie protection MultiPrestations** », commençant avec le regroupement MultiPrestations 1.

Garantie protection MultiPrestations

Si un employé assuré ayant touché une prestation d'assurance pour une des maladies ou affections couvertes aux termes de la police et qu'on lui diagnostique ensuite une maladie ou une affection couverte différente faisant partie des maladies ou affections couvertes aux termes d'un autre « **Regroupement MultiPrestations** », la société lui versera alors le montant de prestations auquel il a droit aux termes de la « **garantie protection MultiPrestations** », sous réserve des dispositions de la police collective. Pour avoir droit aux prestations aux termes de cette garantie, l'employé assuré doit survivre au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, ou toute autre période plus longue précisée pour certaines maladies ou affections couvertes. Si l'employé assuré décède avant de toucher le montant d'assurance approuvé aux termes de la garantie protection MultiPrestations, c'est à sa succession que ce montant sera alors versé.

Regroupements

MultiPrestations

Regroupement 1

Regroupement 2

Regroupement 3

Regroupement 4

Regroupement 5

Regroupement 6

Regroupement 7

Regroupement 8

Regroupement 9

Maladies ou affections couvertes

Cancer (mettant la vie en danger))

Accident vasculaire cérébral, chirurgie de l'aorte, crise cardiaque, pontage aortocoronarien, remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Accident vasculaire cérébral, coma, démence, y compris maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques, maladie du motoneurone, méningite purulente, perte d'autonomie, perte de l'usage de la parole, paralysie, sclérose en plaques, tumeur cérébrale bénigne

Anémie aplastique, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, greffe d'un organe vital, insuffisance rénale

Cécité

Surdité

Brûlures graves

Perte de membres

Infection à VIH contractée au travail

Garantie protection PrévenSoins

S'il est établi par un spécialiste qu'un employé assuré souffre d'une des maladies ou affections faisant l'objet de la garantie protection PrévenSoins – son assurance maladie grave collective de base étant alors en vigueur – la société lui versera une prestation qui correspond à 10 % du montant assuré à son égard (la garantie « **protection PrévenSoins** »), sous réserve des dispositions de la police collective. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date d'effet, ou à la dernière date de remise en vigueur de l'assurance. Si l'employé assuré décède avant de toucher la prestation approuvée aux termes de la garantie protection PrévenSoins, c'est à sa succession qu'elle sera alors versée. La prestation aux termes de la garantie protection PrévenSoins n'est exigible qu'une fois et n'est consentie par la société que pour une seule des maladies graves visées par cette garantie.

Le versement de la prestation protection PrévenSoins n'a aucun effet sur le montant exigible en raison d'une maladie ou affection faisant l'objet d'une demande aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes ou de la garantie protection MultiPrestations.

L'assurance maladie grave collective de base d'un employé assuré demeure en vigueur pendant l'étude d'une demande aux termes de la garantie protection PrévenSoins, ainsi qu'après le versement de l'indemnité qui en découle, à condition que le paiement des primes exigibles ne soit pas interrompu.

Restrictions

Un employé assuré n'a pas droit à la prestation d'assurance au titre de la garantie maladies et affections couvertes dans le cas d'un cancer (mettant la vie en danger), si :

- dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de son assurance, on lui diagnostique un cancer (mettant la vie en danger), ou s'il manifeste quelque signe, symptôme ou s'il subit un examen menant à un diagnostic de cancer (mettant la vie en danger), peu importe la date de celui-ci. Même si l'employé assuré répond toujours aux critères d'admissibilité à l'assurance aux termes de la police, le cancer (mettant la vie en danger) n'est plus reconnu comme une des maladies ou affections couvertes.

Un employé assuré n'a pas droit à la prestation d'assurance au titre de la garantie maladies et affections couvertes dans le cas d'une tumeur cérébrale bénigne, si :

- dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de son assurance, on lui diagnostique une tumeur cérébrale bénigne, ou s'il manifeste quelque signe, symptôme ou s'il subit un examen menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date de celui-ci. Même si l'employé assuré répond toujours aux critères d'admissibilité à l'assurance aux termes de la police, la tumeur cérébrale bénigne et toute autre maladie ou affection du regroupement MultiPrestations numéro 3 cessent d'être reconnues comme des maladies ou affections couvertes.

Un employé assuré n'a pas droit à la prestation d'assurance au titre de la garantie protection PrévenSoins dans le cas d'un cancer en première phase, si :

- dans les 90 jours qui suivent la date de prise d'effet de son assurance, on lui diagnostique un cancer en première phase, ou qu'un signe ou symptôme, s'il subit un examen menant à un diagnostic de cancer en première phase, peu importe la date de celui-ci. Dans le cas d'un tel diagnostic, tout cancer en première phase de l'employé assuré cesse d'être reconnu comme une maladie ou affection couverte par la garantie protection PrévenSoins.

Exclusions

Aux exclusions comprises dans la définition de certaines maladies ou affections couvertes, les exclusions suivantes s'appliquent aussi.

Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou affection faisant normalement partie des maladies ou affections couvertes, ou visée par la garantie protection PrévenSoins résulte directement ou indirectement d'une ou plusieurs des éventualités suivantes:

- a) conditions préexistantes que comprend l'assurance de l'employé assuré;
- b) d'une tentative de suicide;
- c) d'un empoisonnement ou d'une inhalation de gaz, volontaire ou involontaire, sans rapport à l'emploi de l'intéressé;
- d) de la consommation de drogues autres que prescrites par un médecin autorisé;
- e) de la participation à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel, y compris notamment la conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang; ou
- f) de toute blessure qu'on s'est soi-même infligée intentionnellement, sain d'esprit ou non.

En outre, aucune prestation n'est versée si la personne assurée souffre de cécité, d'un coma, de surdité, d'une perte de membres, d'une paralysie, de brûlures graves ou, d'un accident vasculaire cérébral, directement ou indirectement attribuable à la pratique amateur ou professionnelle de la boxe, du saut à l'élastique, du saut d'un point fixe en parachute, du paralpinisme ou saut extrême, du saut de falaise, de l'alpinisme, de la course automobile ou d'épreuves de vitesse terrestres ou nautiques, du saut en parachute ou des activités sous-marines, y compris la plongée avec scaphandre autonome, la plongée avec scuba et la plongée en snuba.

DÉFINITIONS

DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Date du diagnostic s'entend de la date à laquelle un spécialiste pose, à l'égard de l'employé assuré, un diagnostic de maladie ou d'affection qui est couverte par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins.

Diagnostic s'entend d'un diagnostic certifié par un spécialiste, à l'égard d'un employé assuré, en cause de maladie ou d'affection qui est couverte par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins.

Employé s'entend d'un employé tel que le définit la police collective.

Employé assuré s'entend d'une personne assurée qui est un employé admissible.

Maladies ou affections couvertes en ce qui concerne une personne assurée, sont l'accident vasculaire cérébral, l'anémie aplasique, les brûlures sévères, le cancer (avec risque de décès à court terme), la cécité, la chirurgie coronarienne, la chirurgie de l'aorte, le coma, la crise cardiaque, l'infection au VIH d'origine professionnelle, l'insuffisance rénale, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la maladie du neurone moteur, la méningite bactérienne, la paralysie, la perte d'autonomie, la perte de la parole, la perte de membres, le remplacement des valvules cardiaques, la sclérose en plaques, la surdité, la transplantation d'un organe vital, la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, et la tumeur cérébrale bénigne conformément à ce qui est défini plus loin sous la rubrique « Définitions des maladies ou affections couvertes ».

Maladies ou affections couvertes par la garantie protection PrévenSoins s'entend des troubles médicaux pour lesquels un employé assuré a droit à une prestation PrévenSoins aux termes

de la police. Il s'agit de l'angioplastie coronarienne et du cancer en première phase selon qu'il est défini dans le présent document.

Personne assurée s'entend d'un employé assuré aux termes de la police.

Prestation s'entend du montant d'assurance collective maladie grave de base auquel la personne assurée a droit.

Spécialiste s'entend d'un médecin praticien autorisé qui a reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la garantie maladies ou affections

- couvertes ou la garantie protection PrévenSoins faisant l'objet d'une demande de prestations;
- dont les compétences auront été certifiées par une commission d'examen appropriée; et
- qui exerce actuellement sa profession dans son domaine de spécialisation au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

La définition de « spécialiste » comprend, sans s'y limiter : tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologiste, ophtalmologiste, spécialiste des brûlures et interniste. Le spécialiste ne peut être ni la personne assurée, ni un parent ou un associé d'affaire de celle-ci.

En l'absence ou en cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de la société, une maladie assurée en vertu de la garantie maladies ou affections couvertes peut être diagnostiquée par tout médecin praticien autorisé exerçant sa profession au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

Vous ou votre s'entend à la personne assurée

DÉFINITIONS DES MALADIES OU AFFECTIONS COUVERTES

Accident vasculaire cérébral

s'entend d'un diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, 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 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 spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

- *accident ischémique transitoire;*
- *accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;*
- *infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.*

Anémie aplastique s'entend d'un diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

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

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

Brûlures graves s'entend d'un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cancer (mettant la vie en danger) s'entend d'un 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.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

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

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

Cécité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte s'entend d'une 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 présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

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

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans les cas suivants :

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

Crise cardiaque s'entend d'un 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 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.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte 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;
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe s'entend d'un diagnostic formel

d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation 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 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.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer s'entend d'un diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (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 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence, y compris maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

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

Infection à VIH contractée au travail s'entend d'un 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'elle exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou

la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure.

La prestation exigible au titre de la présente maladie ou affection couverte ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

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

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

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte 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 à VIH était disponible avant la blessure accidentelle;*
- *l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables*

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

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques s'entend d'un diagnostic formel de a) maladie de Parkinson ou de b) syndrome parkinsonien atypique tels que définis ci-dessous.

a) **Maladie de Parkinson** s'entend d'un 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 an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

b) **Syndrome parkinsonien atypique** s'entend du diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

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

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » si, dans la première année suivant la

date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette personne assurée :

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

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

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 du motoneurone s'entend d'un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire. Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.

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

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte dans le cas d'une méningite virale.

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

Perte d'autonomie s'entend d'un diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver – la 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 – la 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 – la 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 – la 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 – la capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir – la capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

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

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte pour toute cause psychiatrique.

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

Pontage aortocoronarien s'entend d'une 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 présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

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

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques s'entend d'un diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

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

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

Tumeur cérébrale bénigne s'entend d'un 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.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la présente maladie ou affection couverte si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'une personne assurée ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture d'une personne assurée si cette date est postérieure, cette 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 de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la société dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la société 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 présente maladie ou affection couverte pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

DÉFINITION DES MALADIES COUVERTES VISÉES PAR LA GARANTIE PROTECTION PRÉVENSOINS

Angioplastie coronarienne s'entend d'une intervention visant à dégager ou dilater une artère coronarienne qui apporte le sang au cœur pour en assurer le débit ininterrompu. La nécessité médicale de cette intervention doit être établie par un spécialiste.

Cancer en première phase s'entend de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- cancer de la peau avec mélanome malin qui est d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou avec atteinte ganglionnaire ou avec métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans mélanome, et sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;

- cancer de la prostate de stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer papillaire de la thyroïde ou cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre maximal est inférieur ou égal à 2,0 cm et de stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique d'un stade inférieur au stade RAI 1;
- tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes et tumeurs carcinoïdes malignes, d'un stade inférieur au stade AJCC 2; ou
- carcinome canalaire in situ du sein.

Le diagnostic d'un cancer en première phase doit être posé par un spécialiste.

Service de gestion de traitements Réclamations chez TuGo

À titre d'assuré aux termes d'un régime d'assurance maladie grave de la société, vous avez accès au service de **Réclamations chez TuGo** qui vous facilite l'obtention de soins médicaux spécialisés privés à l'occasion d'un sinistre. Ayant accès à des centres de traitement partout dans le monde, **Réclamations chez TuGo** coordonne les rendez-vous et les traitements médicaux avec les médecins spécialistes et les chirurgiens et s'occupe des modalités de voyage et d'hébergement, s'il y a lieu, à prix avantageux.

Pour savoir comment accéder à ce service, veuillez communiquer avec **Réclamations chez TuGo** en composant le numéro sans frais 1.800.663.0399, ou par courriel à l'adresse reclamations@tugo.com, ou en visitant le site tugo.com/reclamations. Veuillez prendre note que des frais d'utilisation peuvent s'appliquer.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Cessation de l'assurance d'une personne assurée

L'assurance maladie grave collective de base d'un employé assuré prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- la date de cessation de la police collective;
- la date de décès de l'employé assuré;
- la date de cessation d'emploi de l'employé assuré, ou la date à laquelle son emploi est modifié de sorte qu'il cesse d'être admissible à l'assurance aux termes de la police collective;
- la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle une demande d'absence de travail est expirée et que l'employé ne soit pas activement de retour au travail.
- la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle un congé parental ou de maternité se termine et que l'employé assuré n'est pas effectivement au travail;
- la fin du mois qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 65^e anniversaire d'un employé assuré qui n'est pas effectivement au travail en raison d'une invalidité et qui avait moins de 63 ans au début de son absence du travail liée à une invalidité, sauf s'il est activement retourné au travail à temps plein avant son 65^e anniversaire;
- la fin du mois qui coïncide avec ou qui suit immédiatement les 24 mois consécutifs d'absence du travail liée à une invalidité d'un employé qui avait au moins 63 ans, mais moins de 80 ans au début de son absence du travail, sauf si l'employé retourne effectivement au travail à temps plein dans les premiers 24 mois d'invalidité;

Droit de transformation

Si l'assurance maladie grave collective de base d'un employé assuré prend fin du fait que celui-ci cesse d'être admissible à l'assurance aux termes de la police collective, et que la personne assurée n'a bénéficié d'aucune prestation aux termes d'une garantie maladies ou affections couvertes ou garantie protection PrévenSoins de la société, la personne assurée a le droit - jusqu'à et incluant son 65^e anniversaire - de transformer l'assurance maladie grave collective prenant fin en une police d'assurance maladie grave séparée et ce, sans justification d'assurabilité.

La police d'assurance maladie grave séparée (la « **Police Transformée** ») est établie par la société sous réserve des conditions suivantes :

- le montant d'assurance en vigueur à l'égard de la personne assurée à la date de cessation est d'au moins 5 000 \$;
- le montant maximum d'assurance aux termes de la police transformée ne peut dépasser 100 000 \$ ni le montant d'assurance en vigueur à l'égard de la personne assurée à la date de cessation de son assurance collective;
- la personne assurée doit résider au Canada au moment de sa demande qu'elle doit présenter à la société sur un formulaire dûment rempli accompagné de sa première prime dans les 31 jours de la date de cessation de son assurance collective;
- la police transformée ne peut être qu'un type de contrat d'assurance temporaire jusqu'à 75 ans alors consenti par la société;

- e) la police transformée est établie sans exonération des primes, remboursement de primes, bonification d'assurance libérée, ou majoration garantie;
- f) les taux de primes de la police transformée sont ceux alors en vigueur pour ce type de police; et
- g) les taux de primes sont déterminés en fonction du sexe de la personne assurée ainsi que de son âge et du fait qu'il soit fumeur ou non fumeur au moment de la transformation de son assurance collective.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Avant tout versement de prestations d'assurance aux termes de la police collective, nous exigeons que nos formulaires de demandes de règlement soient dûment remplis et envoyés au siège social de la société. Veuillez nous appeler sans frais au 1 800 266-5667 pour obtenir les formulaires appropriés et des précisions sur la procédure de présentation des demandes de règlement.

Toute action ou toute procédure engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du présent Contrat se prescrit de façon absolue dans le délai prévu par la Loi sur les assurances. La loi sur les assurances désigne la législation des assurances s'appliquant pour chacune des juridictions provinciales.

Nota : Chaque demande est évaluée et réglée en fonction de la définition donnée pour la maladie ou affection couverte applicable ou pour la maladie ou affection visée par la garantie protection PrévenSoins applicable à la date du diagnostic en cause.

QUESTIONS? NOUS SOMMES ICI POUR VOUS AIDER.

Pour communiquer avec un Spécialiste du Service à la clientèle :

1.800.266.5667 (sans frais)

604.737.3802 (Vancouver)

SpecialMarkets@ia.ca

Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique

Ou écrivez à :

iA Marchés Spéciaux

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc.

400-988 Broadway W PO Box 5900

Vancouver, BC V6B 5H6

Ou visitez notre site internet à l'adresse suivante:

www.ia.ca