
ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT

MALADIES ET CHIRURGIES COUVERTES

Catégorie 1 – Maladies et Chirurgies couvertes

Cancer

Cancer s'entend d'un Diagnostic formel d'une tumeur maligne, 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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Cancer a été posé par un Spécialiste, et confirmé par un rapport pathologique.

Aux fins de la présente garantie :

- a) Le terme **Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b** s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- b) Le terme **Tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC** s'entend :
 - i) De TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - ii) De TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- c) Les termes «Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC» s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du Cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- d) Le terme «stade 0 selon la classification de Rai» s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack,
Blood 46:219, 1975).

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 Jours suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure, le Participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un Diagnostic de Cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie), peu importe la Date du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie).

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

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Lésions qualifiées de bénignes, non invasives, de précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, de limites («borderline»), carcinome in situ, ou tumeurs au stade Tis ou Ta;
- b) Mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- c) Tout Cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

- d) Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- e) 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, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- f) Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- g) Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- h) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par Chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou
- i) Thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 1

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 1, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 1.

Catégorie 2 – Maladies et Chirurgies couvertes

Chirurgie de l'Aorte

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.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Crise cardiaque

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) s'entend d'un Diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le Diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Symptômes de Crise cardiaque;
- b) Changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une Crise cardiaque;
- c) Apparition de nouvelles ondes Q pathologique sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, sans toutefois s'y limiter, une coronarographie et une Angioplastie coronarienne.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement; ou
- b) Autre syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- c) Augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de Crise cardiaque.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Pontage aortocoronarien

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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 2

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 2, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 2.

Nonobstant ce qui indiqué ci-dessus, lorsqu'une prestation est versée à l'égard d'un Accident vasculaire cérébral, le Participant ne sera plus admissible en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 2 ou la Catégorie 3.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Catégorie 3 – Maladies et Chirurgies couvertes

Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) s'entend d'un Diagnostic formel d'un Accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- a) Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- b) 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 confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Accident vasculaire cérébral est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Accident ischémique transitoire; ou
- b) Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- c) Troubles ischémiques du système vestibulaire; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

- d) Mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- e) Infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme Accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Coma

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 4 ou moins pendant cette période.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Coma est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Le Coma a été médicalement provoqué; ou
- b) Le Coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- c) Un Diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

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 :

- a) Aphasie (un trouble de la parole);
- b) Apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- c) Agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- d) 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.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Le Participant doit présenter :

- a) 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
- b) 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 6 mois.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Démence, y compris maladie d'Alzheimer est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, la référence pour le mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) est Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatry Res. 1975; 12(3) : 189.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Maladie de Parkinson et Syndromes parkinsoniens atypiques

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. Le Participant 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.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Maladie de Parkinson ou de Syndrome parkinsonien atypique est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans la première année suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure, le Participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené directement ou indirectement 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 du Diagnostic; ou
- b) 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 l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la Maladie de Parkinson ou un Syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute Maladie grave causée par la Maladie de Parkinson ou un Syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable au titre de la présente Maladie ou Chirurgie couverte pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie du motoneurone

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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Maladie du motoneurone est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Méningite bactérienne

Méningite bactérienne s'entend d'un Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence desdites bactéries doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique médicalement accepté. La Méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 Jours suivant la Date du Diagnostic.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Méningite bactérienne est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans le cas d'une méningite virale.

Paralyse

Paralyse 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'évènement déclencheur.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Paralyse est posé par un Spécialiste.

Perte d'autonomie

Perte d'autonomie s'entend d'un Diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une Maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même,

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels, au moins 3 des 6 Activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 Jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte d'autonomie est posé par un Médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un Spécialiste exerçant une profession équivalente.

Les Activités de la vie quotidienne sont :

- a) **Se laver** : la capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- b) **Se vêtir** : la capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- c) **Se servir des toilettes** : la capacité de s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et d'assurer son hygiène personnelle;
- d) **Être continent** : la capacité de gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- e) **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;
- f) **Se nourrir** : la capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Aucune période de survie additionnelle ne s'applique si le Participant satisfait aux conditions décrites ci-dessus.

Perte de l'usage de la parole

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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte de l'usage de la parole est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour toute cause psychiatrique.

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques s'entend d'un Diagnostic formel, suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :

- a) Au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- b) Une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- c) Une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Sclérose en plaques est posé par un Spécialiste.

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans l'année suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure, le Participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un Diagnostic de Sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie), sans égard à la Date du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Sclérose en plaques (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur la Sclérose en plaques, ou sur toute Maladie grave causée par la Sclérose en plaques ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- a) Sclérose solitaire; ou
- b) Syndrome clinique isolé; ou
- c) Syndrome radiologique isolé; ou
- d) Neuromyéélite optique; ou
- e) Sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

Tumeur cérébrale bénigne

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.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne est posé par un Spécialiste.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Aux fins de la présente garantie, les déficits neurologiques doivent être détectables par un Spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la Paralyse, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie si, dans les 90 Jours suivant la date de prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection d'un Participant, si cette date est ultérieure, le Participant :

- a) A présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du Diagnostic; ou
- b) A reçu un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu de la présente garantie).

Les renseignements médicaux concernant le Diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du Diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les 6 mois suivant la Date du Diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur une Tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute Maladie grave causée par une Tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm, des malformations vasculaires, des cholestéatomes ou des tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 3

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 3, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 3.

Nonobstant ce qui est indiqué ci-dessus, lorsqu'une prestation est versée à l'égard d'un Accident vasculaire cérébral, le Participant ne sera plus admissible en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 2 ou la Catégorie 3.

Catégorie 4 – Maladies et Chirurgies couvertes

Anémie aplastique

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 :

- a) Stimulation de la moelle osseuse; ou
- b) Immunosuppresseurs; ou
- c) Greffe de moelle osseuse.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Anémie aplastique est posé par un Spécialiste.

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

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, le Participant doit être

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

inscrit 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 du Participant dans un centre de transplantation.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un Spécialiste.

Greffe d'un organe vital

Greffe d'un organe vital s'entend, à la suite d'un Diagnostic formel, d'une intervention chirurgicale rendue Médicalement requise 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 en vertu de la présente Maladie ou Chirurgie couverte, le Participant doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de défaillance d'un organe vital est posé par un Spécialiste.

Insuffisance rénale

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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Insuffisance rénale est posé par un Spécialiste.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 4

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 4, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 4.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Catégorie 5 – Maladies et Chirurgies couvertes

Cécité

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

- a) Une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
- b) Un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Cécité est posé par un Spécialiste.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 5

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 5, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 5.

Catégorie 6 – Maladies et Chirurgies couvertes

Surdité

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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Surdité est posé par un Spécialiste.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 6

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 6, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 6.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Catégorie 7 – Maladies et Chirurgies couvertes

Brûlures graves

Brûlures graves s'entend d'un Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Brûlures graves est posé par un Spécialiste.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 7

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 7, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 7.

Catégorie 8 – Maladies et Chirurgies couvertes

Perte de membres

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 requise.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic de Perte de membres est posé par un Spécialiste.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 8

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 8, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 8.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Catégorie 9 – Maladies et Chirurgies couvertes

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation s'entend d'un Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé le Participant à des liquides organiques contaminés par le VIH pendant qu'il exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eue lieu après la date de prise d'effet de la protection du Participant ou la date de la dernière remise en vigueur de la protection du Participant, si cette date est ultérieure.

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

- a) La blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 Jours suivant cette blessure; et
- b) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 Jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif; et
- c) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 Jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif; et
- d) Tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et
- 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.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'Infection au VIH dans le cadre de l'occupation est posé par un Spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente garantie dans les cas suivants :

- a) Le Participant a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

- b) Un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- c) L'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, sans toutefois s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 9

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 9, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 9.

Catégorie 10 – Maladies et Chirurgies couvertes

Angioplastie coronarienne

Angioplastie coronarienne s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si l'intervention chirurgicale est jugée Médicalement requise par un Spécialiste.

La prestation payable pour une Angioplastie coronarienne est de 10 % du capital assuré tel que qu'indiqué au Tableau sommaire.

Cancer à un stade précoce

Cancer à un stade précoce s'entend de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- a) Cancer de la peau avec mélanome malin qui est d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou avec atteinte ganglionnaire ou avec métastases à distance; ou
- b) Cancer de la prostate de stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

- c) Cancer papillaire de la thyroïde ou Cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le diamètre maximal est inférieur ou égal à 2 cm et de stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance; ou
- d) Leucémie lymphoïde chronique d'un stade inférieur au stade RAI 0; ou
- e) Tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC; ou
- f) Carcinome canalaire in situ du sein; ou
- g) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par Chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur.

La prestation en vertu de la présente garantie n'est payable que si le Diagnostic d'un Cancer à un stade précoce est posé par un Spécialiste.

La prestation payable pour un Cancer à un stade précoce est de 10 % du capital assuré tel que qu'indiqué au Tableau sommaire.

Restriction relative aux Maladies et Chirurgies couvertes de la Catégorie 10

Lorsqu'une prestation est versée à l'égard de l'une des Maladies ou Chirurgies couvertes de la Catégorie 10, le Participant ne sera plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie pour toute future Maladie ou Chirurgie couverte de la Catégorie 10.

EXCLUSION RELATIVE À L'ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR

Comme il est stipulé dans la présente disposition, **État de santé antérieur** signifie une Maladie ou une Chirurgie couverte :

- a) Qui a été contractée par le Participant ou dont il a souffert; ou
- b) Dont les signes et symptômes ont amené le Participant à subir un traitement donné par un Médecin; ou
- c) Dont les signes et symptômes ont été analysés ou examinés par un Médecin; ou

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

- d) Pour laquelle le Participant a pris des médicaments, tels que prescrits par un Médecin,

au cours de la période de 24 mois précédant la date à laquelle le Participant était couvert par la présente garantie.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie pour une Maladie ou une Chirurgie couverte qui :

- a) Découle directement ou indirectement d'un État de santé antérieur ou est liée ou est attribuable, d'une quelconque façon ou à un quelconque degré, à un État de santé antérieur; et
- b) A débuté au cours des 24 premiers mois suivant la prise d'effet de la protection du Participant en vertu de la présente garantie.

Nonobstant ce qui précède, s'il s'agit d'un Participant dont l'assurance a été remise en vigueur en vertu de la présente garantie, tel que décrit à la disposition Remise en vigueur de l'assurance, si la protection d'assurance offerte audit Participant n'a pas été en vigueur suffisamment longtemps pour épuiser la période d'État de santé antérieur de 24 mois à la date de résiliation de l'assurance, la période d'État de santé antérieure du Participant va se poursuivre à compter de la date de remise en vigueur.

Exception à l'exclusion relative à l'État de santé antérieur

Cependant, si l'assurance du Participant en vertu de la présente garantie remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure, la clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur pour une Maladie ou une Chirurgie, qui était couverte par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure, ne s'appliquera pas et une prestation sera payable pour cette Maladie ou Chirurgie, pourvu que :

- a) Le Participant était assuré par la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure immédiatement avant la date de la cessation de cette assurance; et
- b) Le Participant est devenu assuré en vertu de la présente garantie immédiatement après la date de la cessation de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure; et

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

- c) Le Participant répondait aux exigences de la période d'exclusion relative à l'État de santé antérieur de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure ou il répond aux exigences de la période d'exclusion relative à l'État de santé antérieur de la présente garantie, en prenant en considération la période continue couverte par la présente garantie et la garantie d'assurance de la police d'assurance collective antérieure.

La prestation payable à un Participant, pour qui la clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur ne s'applique pas en vertu du paragraphe précédent, sera déterminée selon la garantie d'assurance maladie grave de la police collective, mais en aucun cas elle n'excèdera celle qui aurait été payable en vertu de la police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur s'appliquera à toute Maladie ou Chirurgie qui n'était pas couverte en vertu de la garantie d'assurance maladie grave de la police d'assurance collective antérieure d'un Participant, dont la garantie en vertu de la police collective remplace la garantie d'assurance maladie grave d'une police d'assurance collective antérieure.

La clause d'exclusion relative à l'État de santé antérieur ne s'appliquera pas à toute couverture pour laquelle des preuves d'assurabilité ont été soumises et approuvées en vertu de la présente garantie.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée en vertu de la présente garantie si la Maladie ou la Chirurgie résulte directement ou indirectement :

- a) D'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le Participant s'inflige, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute Maladie ou déficience.
- b) D'un acte criminel que le Participant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression.
- c) De toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute.
- d) De la consommation de drogues, de substances toxiques ou de stupéfiants, sauf s'ils sont prescrits et administrés par un Médecin autorisé, ou conformément à ses directives.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

- e) De la consommation excessive d'alcool.
- f) De la conduite d'un véhicule motorisé si le Participant avait, au moment de l'Accident en cause, un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi.
- g) D'un vol à bord d'un aéronef, sauf en qualité de passager et non de pilote, d'exploitant ou de membre de l'équipage sur ou à bord de quelque aéronef, à condition i) qu'il s'agisse d'un vol de transporteur aérien régulier à horaire fixe, ii) que l'aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité et qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences et l'autorisant à piloter l'aéronef et iii) que l'aéronef ne soit pas la propriété du Titulaire de la police ou de l'Employeur du Participant et ne soit ni exploité, ni nolisé ou loué par ce Titulaire ou Employeur.
- h) De la pratique, amateur ou professionnelle :
 - i) D'activités sous-marines, y compris, sans toutefois s'y limiter, la plongée en scaphandre autonome et la plongée en apnée; ou
 - ii) De vols en deltaplaneur; ou
 - iii) De sauts en parachute; ou
 - iv) De courses en véhicule motorisé ou à des concours de vitesse, sur terre comme sur l'eau; ou
 - v) De la boxe; ou
 - vi) De sauts à l'élastique; ou
 - vii) De paralpinisme ou sauts extrêmes; ou
 - viii) De sauts de falaise; ou
 - ix) D'alpinisme.

RESTRICTIONS

- a) Cancer
Un Participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'un Cancer si, dans les

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

90 Jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué un Cancer ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un Diagnostic de Cancer, peu importe la Date du Diagnostic.

Si le Participant a reçu un Diagnostic de Cancer :

- i) Aucune prestation en vertu de la Maladie ou Chirurgie couverte ne sera payable; et
- ii) Le Cancer sera exclu des Maladies ou Chirurgies couvertes dudit Participant.

b) Tumeur cérébrale bénigne

Un Participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'une Tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 Jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué une Tumeur cérébrale bénigne ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne, peu importe la Date du Diagnostic.

Si le Participant a reçu un Diagnostic de Tumeur cérébrale bénigne :

- i) Aucune prestation en vertu de la Maladie ou Chirurgie couverte ne sera payable; et
- ii) Les Tumeurs cérébrales bénignes ainsi que toutes les autres Maladies ou Chirurgies couvertes comprises dans la Catégorie 3 seront exclues des Maladies ou Chirurgies couvertes dudit Participant.

c) Cancer à un stade précoce

Un Participant n'a pas droit à la prestation en vertu de la protection Maladies ou Chirurgies couvertes dans le cas d'un Cancer à un stade précoce si, dans les 90 Jours qui suivent la date de prise d'effet de sa protection en vertu de la présente garantie, on lui a diagnostiqué un Cancer à un stade précoce ou s'il manifeste tout signe ou symptôme ou subit un examen menant à un Diagnostic de Cancer à un stade précoce, peu importe la Date du Diagnostic.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

Si le Participant a reçu un Diagnostic de Cancer à un stade précoce, aucune prestation en vertu de la Maladie ou Chirurgie couverte ne sera payable. Nonobstant ce qui précède, la présente garantie est maintenue en vigueur, pourvu que les primes continuent d'être payées et que les dispositions de la présente garantie et de la police collective soient respectées. Cependant, le Cancer à un stade précoce sera exclu des Maladies et Chirurgies couvertes dudit Participant.

RÉDUCTIONS

Le capital assuré est réduit tel que spécifié au Tableau sommaire. Le capital assuré est également assujéti à toutes les réductions applicables indiquées dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

CESSATION

L'assurance en vertu de la présente garantie se termine telle qu'indiquée au Tableau sommaire, ou à toute autre date antérieure indiquée dans cette garantie ou aux Conditions générales de la police collective.

EFFET DE LA CESSATION D'ASSURANCE SUR LES RÉGLEMENTS

La résiliation de la présente garantie, ou de l'assurance du Participant ne compromettra aucune demande de règlement se rapportant à une Maladie ou Chirurgie couverte, à condition que :

- a) La Date de Diagnostic survient avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux événements.
- b) L'existence de la Maladie ou Chirurgie couverte soit rapportée à l'assureur dans les 30 Jours suivant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux événements.
- c) Dans le cas d'une Méningite bactérienne, la période documentée de 90 Jours de déficit neurologique soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.

- d) Dans le cas d'un Coma, la période continue d'au moins 96 heures d'inconscience soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- e) Dans le cas d'une Perte d'autonomie, la période continue de 90 Jours d'incapacité soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- f) Dans le cas d'une Perte de la parole, la période de 180 Jours de perte totale et Irréversible soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- g) Dans le cas d'une Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la date à laquelle le Participant est inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu soit antérieure à la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- h) Dans le cas d'une Sclérose en plaques, la période de 6 mois durant laquelle les épisodes d'anomalies neurologiques bien définies doivent persister soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- i) Dans le cas d'une Infection à VIH contractée au travail, la période de 14 Jours durant laquelle doit être effectuée une sérologie du VIH soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.
- j) Dans le cas d'une Paralysie, la période de 90 Jours de perte totale et permanente des fonctions musculaires soit commencée, mais pas nécessairement écoulée, avant la date de résiliation de la présente garantie ou la date de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.

ASSURANCE MALADIE GRAVE FACULTATIVE DU PARTICIPANT ET DU CONJOINT (suite)

- k) Dans le cas d'un Accident vasculaire cérébral, la période de 30 Jours de Paralysie ou autre déficit neurologique objectif soit commencée, mais pas nécessairement écoulee, avant la date de résiliation de la présente garantie ou de cessation de l'assurance du Participant, selon le premier des deux évènements.

