

# Régime d'assurance maladies graves

À l'intention des salariés de :  
Teva Canada

CHUBB®

Police numéro :  
CO10417201

Souscrit auprès de :  
Chubb du Canada compagnie d'assurance vie

Date d'effet :  
1 janvier 2017

La présente brochure a été rédigée pour résumer un régime collectif établi par Chubb du Canada compagnie d'assurance vie (« Chubb Vie »). Pour référence rapide, elle contient de brèves descriptions seulement, et elle ne fait pas état de toutes les dispositions contractuelles de la police. Les droits et obligations des parties aux présents sont régis par le contrat et non par la présente brochure. Pour consulter les dispositions exactes de la police, veuillez communiquer avec votre employeur.

## **ADMISSIBILITÉ**

---

Vous serez admissible à l'assurance si vous avez moins de 65 ans, que vous êtes un salarié permanent à temps complet et en service actif auprès du preneur de la police et que vous travaillez au moins 20 heures par semaine.

Vous pouvez également souscrire l'assurance pour votre conjoint (légitime ou la personne avec laquelle vous vivez maritalement et qui est présentée comme votre conjoint depuis au moins 1 an dans le milieu dans lequel vous habitez) âgé de moins de 65 ans.

## **MALADIES COUVERTES**

---

- |                                 |                                    |                                     |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ▪ Accident vasculaire cérébral  | ▪ Infection professionnelle au VIH | ▪ Pontage aortocoronarien           |
| ▪ Brûlures graves               | ▪ Maladie d'Alzheimer              | ▪ Récurrence du cancer              |
| ▪ Cancer                        | ▪ Maladie de Parkinson             | ▪ Remplacement d'une valve du coeur |
| ▪ Cécité                        | ▪ Maladie du motoneurone           | ▪ Sclérose en plaques               |
| ▪ Chirurgie de l'aorte          | ▪ Mutilation                       | ▪ Surdité                           |
| ▪ Coma                          | ▪ Paralysie                        | ▪ Transplantation d'un organe vital |
| ▪ Crise cardiaque               | ▪ Perte de la parole               | ▪ Tumeur cérébrale bénigne          |
| ▪ Défaillance d'un organe vital | ▪ Perte d'autonomie                |                                     |

## **GARANTIES ADDITIONNELLES**

---

- Carcinome canalaire *in situ* (CCIS)
- Garantie en cas de deuxième sinistre
- Traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b)

## **GARANTIES & MONTANTS D'ASSURANCE**

---

### **Choix des garanties facultatives :**

#### **Niveau 1 - établissement garanti**

Vous et votre conjoint êtes admissibles pour un montant allant de 10 000 \$ à 25 000 \$ SANS PREUVE MÉDICALE. La disposition, condition et limitation des  tats de santé préexistants s'appliquent.

Qu'est-ce que la limitation d'une condition préexistante ?

Cela signifie qu'aucune prestation ne sera versée pour une maladie couverte diagnostiquée dans les 2 premières années du régime d'assurance, si le diagnostic

a été directement ou indirectement causé par une blessure ou une maladie et que vous avez reçu un traitement, des conseils, consultations, examens ou un diagnostic, dans les 2 années qui précèdent votre date d'entrée en vigueur au régime d'assurance.

## Niveau 2 - établissement avec déclaration d'assurabilité

Vous et votre conjoint êtes admissibles pour un montant additionnel allant de 30 000 \$ à 100 000 \$. Un questionnaire sur l'état de santé doit être complété. La disposition, condition et limitation des états de santé préexistants ne s'appliquent pas au niveau 2.

## COÛT DE L'ASSURANCE FACULTATIVE

---

Les primes seront réglées par retenues sur le salaire

### Taux mensuels

Âge	5 000 \$/mois		5 000 \$/mois	
	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeuse	Fumeuse
<b>Moins de 25</b>	0,58 \$	0,78 \$	0,58 \$	0,78 \$
<b>25 à 29</b>	0,58 \$	0,78 \$	0,58 \$	0,78 \$
<b>30 à 34</b>	0,83 \$	1,19 \$	1,02 \$	1,40 \$
<b>35 à 39</b>	1,11 \$	1,72 \$	1,33 \$	1,99 \$
<b>40 à 44</b>	1,67 \$	2,83 \$	1,87 \$	3,29 \$
<b>45 à 49</b>	2,81 \$	5,47 \$	2,92 \$	5,38 \$
<b>50 à 54</b>	5,25 \$	10,00 \$	4,12 \$	8,86 \$
<b>55 à 59</b>	7,65 \$	16,86 \$	5,35 \$	13,42 \$
<b>60 à 64</b>	11,80 \$	27,56 \$	6,97 \$	15,34 \$

Si l'assuré reçoit un diagnostic qui est conforme à la définition d'une maladie couverte ou une indemnité partielle, après la date d'entrée en vigueur ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, et qu'il survit pendant une période de 30 jours après la date du diagnostic, ou pendant toute autre période de temps plus longue indiquée dans la description de la maladie couverte ou d'une indemnité partielle, l'assureur versera la prestation applicable.

## INDEMNITÉS PARTIELLES

---

Sous réserve des modalités, des conditions et des autres dispositions de la police, l'assureur versera des indemnités partielles, tel qu'il est indiqué ci-après :

Prière de noter que les indemnités partielles ne sont pas réputées des maladies couvertes et ne font pas partie de la catégorie des maladies couvertes aux fins de

la garantie en cas de deuxième sinistre.

Le versement d'une indemnité partielle n'entraîne pas la réduction du paiement admissible du capital assuré. Chaque indemnité partielle est payable une seule fois.

### **Carcinome canalaire in situ (CCIS)**

Diagnostic par un médecin, de la présence d'un carcinome canalaire in situ du sein, confirmé par biopsie. Un médecin spécialisé en oncologie doit confirmer le diagnostic par écrit.

L'assureur versera à l'assuré 20 % du capital assuré jusqu'à concurrence d'un plafond de 20 000 \$ si l'assuré reçoit un diagnostic de CCIS auquel elle survit pendant 30 jours.

### **Traitement du cancer de la prostate à un stade précoce**

Diagnostic, par un médecin spécialisé en oncologie, du cancer de la prostate à un stade précoce pour lequel il recommande un des traitements suivants : Chirurgie de la prostate, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie.

L'assureur versera à un assuré 20 % du capital assuré jusqu'à concurrence d'un plafond de 20 000 \$ si l'assuré reçoit un traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) auquel il survit pendant 30 jours.

Aucune indemnité partielle ne sera versée, à moins que le médecin ait recommandé au moins un des traitements susmentionnés.

### **Garantie en cas de deuxième sinistre**

Si l'assuré reçoit un diagnostic de l'une des affections suivantes :

Catégories de maladies couvertes

- a) Cancer, ou
- b) Maladie cardiovasculaire (crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, pontage aortocoronarien, chirurgie de l'aorte ou de remplacement d'une valve du cœur)

pour laquelle le capital assuré a été versé et si l'assuré est par la suite considéré (par son médecin traitant) comme totalement guéri, ne reçoit pas activement de traitements et a repris le travail depuis une période d'au moins 90 jours et reçoit

un diagnostic d'une autre maladie couverte, l'indemnité payable pour le deuxième sinistre sera égale au capital assuré.

L'indemnité en cas de deuxième sinistre est payable sous réserve que le salarié survive au moins 30 jours au diagnostic de nouvelle maladie couverte. Un conjoint assuré est considéré admissible à la garantie en cas de deuxième sinistre 90 jours après que le traitement requis est terminé et qu'il a survécu 30 jours au diagnostic de la maladie couverte.

Pour être considéré admissible à la garantie en cas de deuxième sinistre, le premier et le second sinistre ne doivent pas appartenir à la même catégorie de maladies couvertes, à l'exception de ce qui est prévu sous Récurrence du cancer.

L'indemnité en cas de deuxième sinistre n'est payable qu'une seule fois. Le versement de l'indemnité en cas de deuxième sinistre constituera l'indemnisation complète et finale de tout sinistre en vertu de la garantie en cas de deuxième sinistre. Après le versement de l'indemnité en cas de deuxième sinistre, l'assurance en vertu de la police prendra fin.

## **DÉFINITIONS DES MALADIES COUVERTES**

---

**Accident vasculaire cérébral** : Incident vasculaire cérébral, excluant un accident ischémique transitoire (AIT), produisant un infarctus du tissu cérébral attribuable à une thrombose, une hémorragie d'un vaisseau intracrânien ou une embolie causée par une source extracrânienne. Il doit y avoir une indication d'un déficit neurologique permanent persistant pendant 30 jours consécutifs, appuyée par une attestation que le déficit résulte d'un accident vasculaire cérébral, le tout confirmé par écrit par un médecin spécialisé en neurologie.

**Brûlures graves** : Brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps de l'assuré. Un médecin spécialisé en chirurgie plastique doit confirmer le diagnostic de cet état par écrit.

**Cancer** : Tumeur maligne caractérisée par la prolifération et la propagation incontrôlées de cellules malignes et l'envahissement des tissus. Ceci inclut la leucémie, la maladie de Hodgkin et le mélanome invasif, mais exclut les maladies suivantes :

- carcinome *in situ*
- sarcome de Kaposi ou autres cancers reliés au SIDA et cancer en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- cancer de la peau ou mélanome non invasif d'une profondeur de moins de 0,75 millimètre ;
- cancer de la prostate diagnostiqué comme T1 No Mo ou à un stade d'évolution équivalent.
- récurrence ou métastase d'un cancer dont le diagnostic original est antérieur à la date d'entrée en vigueur de la présente assurance, à l'exception de ce qui est prévu sous Récurrence du cancer.
- Un médecin spécialisé en oncologie doit confirmer le diagnostic par écrit.

**Cécité** : Perte totale et irrécouvrable de la vue des deux yeux attribuable à une blessure ou à une maladie. L'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins dans les deux yeux, et le champ de vision doit être de moins de 20 degrés dans les deux yeux. Un médecin spécialisé en ophtalmologie doit cliniquement confirmer le diagnostic par écrit.

**Chirurgie de l'aorte** : Intervention pratiquée sur l'aorte médicalement nécessaire pour traiter une affection de l'aorte et impliquant l'excision de la partie de l'aorte qui est atteinte et son remplacement par une greffe. La chirurgie de l'aorte doit être effectuée suivant le préavis écrit d'un médecin spécialisé en chirurgie cardiovasculaire. L'aorte comprend l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non les branches de l'aorte.

**Coma** : État d'inconscience pour une période de 96 heures consécutives pendant laquelle les stimulations externes ne produisent que des réflexes primitifs d'évitement. Un médecin spécialisé en neurologie doit confirmer le diagnostic par écrit.

**Crise cardiaque** : Diagnostic définitif de nécrose du muscle cardiaque résultant d'une obstruction de l'apport sanguin causant des hausses et des baisses des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux considérés comme des manifestations d'un infarctus du myocarde et associées à au moins un des symptômes suivants :

- a) symptômes de crise cardiaque ; ou
- b) modifications récentes du tracé électrocardiographique (ECG) indicatives d'une crise cardiaque ; ou
- c) apparition de nouvelles ondes Q durant ou suivant immédiatement une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

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

**Exclusions** : Aucune indemnité ne sera versée en vertu de cette disposition dans les circonstances suivantes :

- a) marqueurs biochimiques cardiaques élevés accompagnés de :
  - i. niveau de troponine inférieur à 1
  - ii. niveau de CK-Mb inférieur à 4, ou
- b) modifications de l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur, qui ne répond pas à la définition de crise cardiaque donnée précédemment.

**Défaillance d'un organe vital** : Défaillance complète et irréversible du cœur, du foie, du pancréas (les greffes pancréatiques de cellules d'îlots sont exclues), des deux poumons, des deux reins ou de la moelle osseuse, ayant pour conséquence que l'organe touché ne répond à aucun traitement et que l'assuré est médicalement tenu de s'inscrire à un programme de transplantation d'organes

reconnu au Canada afin de recevoir un cœur, un foie, un pancréas, un poumon, un rein ou une greffe de moelle osseuse.

**Infection professionnelle au VIH** : Diagnostic définitif d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) directement imputable à une blessure accidentelle subie par l'assuré dans l'exercice de ses fonctions normales, blessure

qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH. La blessure accidentelle à l'origine de l'infection doit être survenue après la plus tardive des dates suivantes : la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur de la police, ou la date à laquelle l'assurance a pris effet sur la tête de l'assuré.

Pour avoir droit à une indemnité en vertu de la présente disposition, l'assuré doit satisfaire à tous les critères suivants :

- a) la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant la date à laquelle elle est survenue ;
- b) un test sanguin de dépistage du VIH doit être effectué dans les 14 jours suivant la date à laquelle la blessure accidentelle est survenue et doit produire des résultats négatifs ;
- c) un test sanguin pour le dépistage du VIH doit être effectué entre les 90e et 180e jours suivant la date à laquelle la blessure accidentelle est survenue et doit produire des résultats positifs ;
- d) Tous les tests de dépistage du VIH doivent être effectués dans des laboratoires dûment habilités au Canada ou aux États-Unis d'Amérique ;
- e) la blessure accidentelle doit être signalée, et faire l'objet d'une enquête et d'une documentation conformes aux lignes directrices relatives à l'emploi en vigueur au Canada et aux États-Unis d'Amérique.

Le diagnostic d'infection professionnelle au VIH doit être confirmé par un médecin spécialiste.

**Exclusions :** Aucune indemnité ne sera payable en vertu de la présente disposition :

- si l'assuré a décidé de ne pas se prévaloir de tout vaccin disponible reconnu contre le VIH avant de contracter ladite infection ; ou,
- si une cure reconnue pour le VIH est devenue disponible avant la survenance de la blessure accidentelle ; ou,
- si l'infection au VIH résulte de toute blessure non accidentelle (y compris, entre autres, toute transmission sexuelle ou toute utilisation de drogues par voie intraveineuse).

**Maladie d'Alzheimer :** Diagnostic précisant que l'assuré est atteint de la maladie d'Alzheimer, laquelle est une maladie dégénérative progressive du cerveau. Le diagnostic doit être appuyé par une déclaration médicale attestant que l'assuré démontre une perte de capacité intellectuelle affectant sa mémoire et son jugement, et entraînant une réduction marquée de son fonctionnement mental et social, de telle sorte que son état requiert une surveillance personnelle quotidienne permanente pour ce qui est des activités de la vie quotidienne. Tous autres troubles organiques du cerveau causant la démence et toutes maladies psychiatriques sont exclus de la présente définition. Un médecin spécialisé soit en neurologie soit en psychiatrie doit confirmer le diagnostic par écrit.

**Maladie de Parkinson :** Diagnostic non équivoque de maladie de Parkinson primaire idiopathique attestant l'incapacité d'effectuer sans aide 3 des 6 activités



de la vie quotidienne. Le diagnostic doit faire état de manifestations de perte fonctionnelle progressive et doit être confirmé par écrit par un médecin spécialisé en neurologie.

**Maladie du motoneurone** : Diagnostic définitif d'une des affections suivantes :

- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)
- sclérose latérale primaire
- atrophie spinale musculaire progressive
- paralysie bulbaire progressive
- pseudo-paralysie bulbaire progressive

Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être confirmé par un médecin spécialiste.

**Mutilation** : Diagnostic définitif de séparation complète de deux membres ou plus à l'articulation du poignet ou de la cheville, ou plus haut, à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être confirmé par un médecin spécialiste.

**Paralysie** : Perte totale et irrécouvrable du fonctionnement de deux membres ou plus en raison de dommages neurologiques attribuables à une blessure ou à une maladie, sous réserve que ladite perte fonctionnelle dure au moins 180 jours consécutifs et qu'il soit déterminé par la suite, au moyen d'une attestation jugée satisfaisante par l'assureur, que ladite perte fonctionnelle est permanente. Un médecin spécialisé en neurologie doit confirmer le diagnostic par écrit.

**Perte d'autonomie** : diagnostic définitif posé par un médecin de l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- (1) incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne, ou
- (2) présence de troubles cognitifs.

Les troubles mentaux ou nerveux sans cause organique démontrable ne sont pas couverts. La perte d'autonomie doit persister pendant une période d'au moins 90 jours après la date du diagnostic.

**Perte de la parole** : Diagnostic définitif de perte totale et irréversible de la capacité de parler à la suite d'une blessure ou d'une maladie, pour une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être confirmé par un médecin spécialiste.

**Pontage aortocoronarien** : Chirurgie pratiquée par un médecin spécialisé en chirurgie cardiovasculaire dans le but de corriger, par l'implantation de greffons, le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronariennes. Les techniques non chirurgicales, telles que l'angioplastie percutanée transluminale, la désobstruction au laser ou toutes autres techniques intra artérielles ne sont pas considérées comme des maladies graves couvertes.

**Récurrence du cancer :** Si la personne assurée a déjà reçu un diagnostic de cancer et, pendant qu'elle est assurée, elle reçoit un nouveau diagnostic de cancer, une indemnité sera versée, sous réserve de l'ensemble des modalités et des dispositions de la police, si les modalités suivantes ont été remplies :

- plus de 60 mois se sont écoulés depuis le dernier diagnostic de cancer; et
- aucun traitement lié directement ou indirectement au cancer n'a été reçu au cours de cette période de 60 mois (le traitement n'inclut pas les médicaments préventifs et les visites de suivi chez le médecin).

**Remplacement d'une valve du cœur :** Chirurgie ayant pour but le remplacement de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique. La chirurgie doit être déclarée médicalement nécessaire par un médecin spécialiste.

**Exclusion :** Aucune indemnité n'est payable en vertu de la présente disposition pour toute réparation d'une valve du cœur.

**Sclérose en plaques :** Diagnostic sans équivoque fourni par écrit par un médecin spécialisé en neurologie, confirmant au moins un des aspects suivants :

- deux crises cliniques distinctes ou plus, confirmées par des tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, confirmant la présence de multiples lésions de démyélinisation ; ou
- anomalies neurologiques clairement définies durant depuis plus de 6 mois, confirmées par IRM du système nerveux, confirmant la présence de multiples lésions de démyélinisation ; ou
- une seule crise, confirmée par des tests répétés d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, confirmant la présence de multiples lésions de démyélinisation qui se sont développées successivement, à intervalles d'au moins un mois.

**Surdité :** Diagnostic de perte permanente de l'ouïe des deux oreilles de l'assuré, avec un seuil auditif de plus de 90 décibels dans chaque oreille. Un médecin spécialisé en otolaryngologie doit confirmer le diagnostic par écrit.

**Transplantation d'un organe vital :** Diagnostic définitif de défaillance complète et irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, ayant pour conséquence qu'une transplantation est médicalement nécessaire. Pour être admissible à la garantie en cas de transplantation d'un organe vital, l'assuré doit subir une greffe chirurgicale à titre de receveur d'un cœur, d'un poumon, d'un foie, d'un rein ou de moelle osseuse. La garantie ne couvre que les greffes desdits organes. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être confirmé par un médecin spécialiste.

**Tumeur cérébrale bénigne :** Formation néoplasique bénigne dans le cerveau et dans les méninges avec confirmation histologique. Sont spécifiquement exclus tous granulomes kystiques, malformations des veines et artères intracrâniennes, et tumeurs et lésions de la glande pituitaire. Le diagnostic doit être confirmé par

neuroradiologie par un spécialiste formé dans l'interprétation des examens radiologiques.

## **MAINTIEN EN VIGUEUR DES GARANTIES**

---

Les garanties seront maintenues en vigueur pour une période de 12 mois, à compter de la date de début des circonstances suivantes, sous réserve du règlement des primes, si un salarié du preneur de la police est (1) mis à pied temporairement, (2) temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée, (3) en congé autorisé, ou (4) en congé de maternité.

## **EXONÉRATION DES PRIMES**

---

Advenant qu'un assuré âgé de moins de 65 ans est totalement invalide pour une période de 6 mois consécutifs pendant que la police est en vigueur, et qu'il présente une déclaration d'invalidité totale jugée satisfaisante par l'assureur, l'assureur exonérera le règlement de chaque prime échue pour l'assuré et ses personnes à charge assurées. Sous réserve de toutes les dispositions de la police, l'exonération du règlement de toute prime prévue aux termes des présentes se poursuivra en ce qui a trait à l'assuré jusqu'à la première des circonstances suivantes : lorsqu'il atteindra l'âge de 65 ans ou la résiliation de la police. Advenant que l'assuré cesse d'être invalide, qu'il revient au travail chez le preneur de la police et qu'il appartient à une catégorie admissible, l'assurance en ce qui a trait audit assuré pourra se poursuivre dès la reprise du règlement des primes par l'assuré ou par le preneur de la police.

Si, après 120 jours, un assuré reçoit l'approbation de toute demande d'indemnisation pour invalidité de longue durée prévue en vertu de la police d'assurances collectives souscrite par l'intermédiaire de l'employeur, l'assureur exonérera alors le règlement de chaque prime d'assurance maladies graves sous réserve des dispositions qui précèdent.

### **Périodes successives d'invalidité**

Si un salarié redevient totalement invalide en raison de la même maladie ou d'une maladie connexe dans les 6 mois de la cessation de l'exonération des primes, alors, toutes les périodes successives d'invalidité répondant à ce critère seront considérées comme une prolongation de la même invalidité, et l'assureur exonérera l'assuré de la période d'attente de 6 mois.

Si la même invalidité revient plus de 6 mois après la cessation de l'exonération des primes, ladite invalidité sera considérée comme une invalidité distincte. Deux invalidités attribuables à des causes non reliées sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par un retour au travail d'une durée d'au moins 1 journée.

### **Cessation de l'exonération des primes**

L'exonération des primes cessera à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assuré cessera de répondre à la définition de l'invalidité totale de la présente police ;
- b) la date à laquelle l'assuré ne présentera plus à l'assureur les déclarations médicales appropriées jugées nécessaires par l'assureur ;
- c) la date à laquelle l'assuré ne recevra plus de soins réguliers et constants ni de traitements de la part d'un médecin habilité à traiter l'état de santé de l'assuré, comme l'a déterminé l'assureur ;
- d) la date à laquelle l'assuré ne se prêtera plus à des évaluations médicales, psychiatriques, psychologiques, fonctionnelles, éducationnelles et (ou) professionnelles effectuées par un expert désigné par l'assureur ;
- e) la date à laquelle l'assuré atteindra l'âge de 65 ans ;
- f) la date de la résiliation de la police ;
- g) la date du décès du salarié.

### **Garanties pendant l'exonération des primes**

Pendant l'exonération des primes, l'assurance maladies graves en vertu de la police sur la tête de l'assuré et de ses personnes à charge demeurera en vigueur. Le capital assuré en vertu de cette assurance maladies graves sera la somme qui était en vigueur à la date du début de l'invalidité, sous réserve de toute disposition de la police en ce qui a trait à une réduction attribuable à l'âge ou à la résiliation.

**«Invalidité totale ou totalement invalide»** : En ce qui a trait à l'exonération des primes, état d'incapacité résultant d'une blessure ou d'une maladie qui empêche l'assuré d'exercer les fonctions de son poste habituel pendant 6 mois consécutifs.

### **TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE**

---

À la date de sa cessation d'emploi ou durant la période de 31 jours qui suit sa cessation d'emploi, l'assuré peut demander la transformation de sa couverture en vertu de la police en une police d'assurance individuelle établie par l'assureur. La police individuelle entrera en vigueur à la plus tardive des dates suivantes : la date de la réception de la proposition de transformation par l'assureur ou la date de la résiliation de l'assurance en vertu de la police collective. La prime sera identique à la prime que paierait normalement une personne qui soumettrait la même proposition d'assurance individuelle à cette date. La proposition d'assurance individuelle peut être soumise à n'importe quel bureau de l'assureur. Le capital assuré en vertu de l'assurance maladies graves ayant fait l'objet de la transformation ne doit pas excéder le capital établi pendant que l'assuré était un salarié jusqu'à concurrence d'un plafond global de 25 000 \$, toutes polices confondues. Les maladies et garanties couvertes en vertu de la police individuelle seront tel qu'établis en vertu de la police collective en vigueur.

### **LIMITATIONS ET EXCLUSIONS**

---

La police ne prévoit aucune indemnité pour tout sinistre résultant directement ou indirectement d'une des causes suivantes : blessures que l'assuré s'inflige volontairement, suicide ou tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non ; guerre déclarée ou non, ou acte de guerre ; blessure ou maladie autre qu'une des maladies couvertes, même si ladite blessure ou maladie peut avoir été compliquée par une des maladies couvertes ; complication d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute infection connexe, y compris le SIDA et le syndrome apparenté au SIDA (ARC) ; utilisation, existence ou fuite d'armes, de matière ou de radiations nucléaires, ou contamination radioactive provenant de tout carburant nucléaire ou de tous résidus de la combustion de carburant nucléaire ; commission ou tentative de commission par l'assuré de tout acte qui, s'il était jugé par un tribunal, serait jugé illégal en vertu de la législation du territoire où la tentative ou l'acte a été commis ; mauvaise utilisation de médicaments ou abus de drogues et d'alcool ; ou tout état de santé préexistant, le cas échéant, sauf si l'assurance est en vigueur depuis au moins 24 mois après la date de prise d'effet de ladite assurance sur la tête du salarié ou sur celle de ses personnes à charge.

### **Exclusion de 90 jours relative au CCIS, au traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) et au cancer**

L'assureur ne versera pas l'indemnité relative aux maladies graves si un diagnostic de CCIS, un traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) ou un diagnostic de cancer est reçu dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur ou la date de la dernière remise en vigueur de la police. Si un diagnostic de CCIS, un traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) ou un diagnostic de cancer est reçu dans cette période d'exclusion de 90 jours, la garantie aux termes de la présente police pour l'assuré demeurera en vigueur, mais le CCIS, le traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) et le cancer seront considérés comme des états de santé préexistants et l'indemnité relative aux maladies graves ne sera pas payable. Cette période d'exclusion de 90 jours relative à un CCIS, un traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) ou un cancer ne s'applique pas à un diagnostic de toute autre maladie couverte ou à un diagnostic ultérieur de cancer non relié au précédent.

### **DEMANDE D'INDEMNISATION**

---

Vous pouvez vous procurer des formulaires de demande d'indemnisation auprès de l'administrateur de vos avantages sociaux.

L'avis de sinistre doit être fourni à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident, la date du début de l'invalidité ou après la période de survie et les preuves de sinistre subséquentes doivent être soumises à l'assureur dans les 90 jours qui suivent ladite date de l'accident ou après la période de survie.

L'omission de présenter une déclaration de sinistre ou une demande d'indemnisation dans les délais prescrits par la disposition de la police n'invalidera pas la demande d'indemnisation si la déclaration ou la demande

d'indemnisation est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et qu'il est prouvé qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir ladite déclaration ou ladite demande d'indemnisation dans lesdits délais. L'assureur n'acceptera en aucun cas une déclaration de sinistre plus de 1 an après la date du sinistre.

## **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

---

### **Bénéficiaire**

Tout salarié ou tout conjoint a le droit de désigner un bénéficiaire lorsqu'il demande de participer à l'assurance.

Il est entendu que la désignation de bénéficiaire faite en vertu de la police d'assurance vie collective du titulaire de la police sera reconnue comme le bénéficiaire en vertu de la présente police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire supplémentaire soit faite spécifiquement en vertu de la présente police. En l'absence d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de la personne assurée.

Toutes les autres prestations prévues dans la présente police seront payables à la personne assurée.

Un assuré peut changer sa désignation de bénéficiaire en tout temps, là où la Loi le permet. L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou de tout changement de bénéficiaire.

Le bénéficiaire désigné par l'adhérent (le cas échéant) a été conservé dans le cadre du remplacement de la police d'assurance collective. Ce dernier doit vérifier le bénéficiaire actuellement désigné afin de s'assurer qu'il correspond à sa volonté réelle.

La police contient une disposition retirant ou limitant le droit de la personne assurée de nommer des personnes à qui ou pour le compte desquelles la prestation d'assurance peut être versée.

### **Poursuites judiciaires**

Toute action ou procédure contre un assureur visant le recouvrement de prestations versables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais indiqués dans la Loi sur les assurances, la Loi de 2002 sur la prescription des actions ou une autre loi applicable dans la province de résidence de l'assuré.

### **Changement d'assureur**

Une personne assurée en vertu d'une police antérieure ne peut pas être exclue en

vertu de la nouvelle police ni se voir refuser des garanties strictement parce que les restrictions relatives à la clause régissant les états de santé préexistants ne s'appliquaient pas ou n'étaient pas prévues aux termes de la police antérieure, ou parce que la personne assurée n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle police.

La personne assurée et tout autre demandeur en vertu de la police peut obtenir sur demande, conformément à toute loi applicable dans la province de résidence de la personne assurée, une copie de la demande de participation de la personne assurée, une preuve écrite d'assurabilité (le cas échéant) et un exemplaire de la police d'assurance, le tout soumis à certaines limitations d'accès.

11/16

## Chubb. Insured.<sup>SM</sup>

Chubb Vie est membre du Groupe Chubb compagnies d'assurance, nous exerçons nos activités dans 54 pays et commercialisons des produits d'assurance de responsabilité commerciale et de responsabilité civile, ainsi que des produits d'assurance vie, d'assurance accidents, des régimes complémentaires d'assurance maladie et des produits de réassurance à une clientèle diversifiée.

Chubb Limitée, la compagnie-mère de Chubb Vie, est cotée à la Bourse de New York (NYSE : CB) et fait partie de l'indice S&P 500.