

La Sun Life verse le capital de la garantie maladies graves si, après la date d'effet de la couverture et en cours de couverture, la personne couverte reçoit le diagnostic* d'une affection couverte ou subit une intervention chirurgicale pour une affection couverte, sous réserve de la période de survie. Les demandes de règlement sont évaluées en fonction des dispositions de la garantie maladies graves en vigueur à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale.

Le capital de la garantie maladies graves n'est payable que relativement à la première affection couverte dont l'existence est constatée par un diagnostic ou qui donne lieu à une intervention chirurgicale. Dès que le capital est réglé, la couverture de la personne prend fin. Cette personne ne peut être admise de nouveau à la couverture prévue par cette garantie.

Dans tous les cas, la date d'effet de la couverture détermine l'admissibilité de la personne au paiement du capital prévu par la garantie maladies graves et est appliquée aux exclusions et aux restrictions.

Si la définition d'une affection couverte change, la Sun Life évalue toute demande de règlement présentée au titre de la garantie maladies graves en fonction de la définition qui est en vigueur à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale, que le salarié ait été effectivement au travail ou non, ou que la personne à charge ait été hospitalisée ou non, à la date du changement.

Définitions des affections couvertes

Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral s'entend du diagnostic formel d'un accident vasculaire aigu se produisant dans le cerveau et causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés à l'examen clinique,

qui persistent pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- accident ischémique cérébral transitoire,
- accident vasculaire intracérébral causé par un trauma, ou
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée ci-dessus.

Anémie aplasique

Anémie aplasique s'entend du diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement qui comprend au moins un élément parmi les suivants :

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

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Brûlures sévères

Brûlures sévères s'entend du diagnostic formel de brûlures au troisième degré sur au moins 20% de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date où elle a subi les brûlures sévères.

Cancer (mettant la vie en danger)

Cancer (mettant la vie en danger) s'entend du diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Sont inclus le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions : Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'un cancer initial qui a été diagnostiqué avant la date d'effet de la couverture.

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, incertaines, frontières (borderline), 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 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou accompagné d'une atteinte des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans mélanome, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- cancer papillaire ou folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance;
- 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.

Période moratoire d'exclusion : Si, dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle la Sun Life a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion pour tout montant de couverture,
- la date d'effet applicable à ce montant de couverture,

la personne couverte

- a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture), sans égard à la date du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture),

aucune prestation ne sera payable relativement au cancer pour ce montant de couverture. En outre, si, par la suite, la personne bénéficie de montants de couverture additionnels, aucune prestation ne sera payable relativement au cancer pour ces montants additionnels. Toute autre couverture demeure en vigueur.

Les renseignements susmentionnés doivent être transmis à la Sun Life dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne lui sont pas fournis, la Sun Life a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par le traitement d'un cancer.

Si, après la cessation de sa couverture maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, la Sun Life se base sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la période moratoire d'exclusion.

Pour les besoins de la présente garantie, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC sont utilisés au sens défini dans le Cancer Staging Manual de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7e édition, 2010.

Pour les besoins de la présente garantie, le terme «classification de Rai» est utilisé au sens défini dans Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia, KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack. Blood, vol. 46, p. 219 (1975).

Cécité

Cécité s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Chirurgie coronarienne

Chirurgie coronarienne s'entend d'une intervention chirurgicale au cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire.

Un médecin spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusion : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Chirurgie de l'aorte

Chirurgie de l'aorte s'entend d'une intervention chirurgicale visant à traiter une affection 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. Par «aorte», on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications. Un médecin spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusion : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

Coma s'entend du diagnostic formel d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant au moins 96 heures consécutives. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant ces 96 heures.

Le diagnostic de coma doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- un coma médicalement provoqué,
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue, ou
- un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) s'entend du diagnostic formel de nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- symptômes de crise cardiaque,
- modifications électrocardiographiques (ECG) indiquant un infarctus du myocarde, ou
- apparition d'ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence d'onde Q, ou
- la découverte de changements à l'ECG indiquant un infarctus ancien du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée ci-dessus.

Démence, y compris la maladie d'Alzheimer

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

- aphasie (trouble du langage);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- ou perturbations 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 couverte doit présenter :

- une démence de gravité au moins 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 doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusion : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour tout trouble affectif ou schizophrénique, ou le délire.

Pour les besoins de la présente garantie, la référence à un mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHigh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189

Infection professionnelle par le VIH

Infection professionnelle par le VIH s'entend d'un diagnostic formel d'infection par

le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle subie durant l'exercice normal de la profession de la personne couverte, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

Pour tout montant de couverture, la blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle la Sun Life a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion pour ce montant de couverture;
- la date d'effet applicable à ce montant de couverture.

Si, après la cessation de sa couverture maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, nous nous basons sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer cette exigence.

La prestation relative à cette affection ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- la blessure accidentelle doit nous être déclarée dans les 14 jours suivant cette blessure,
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif,
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif,
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé du Canada ou des États-Unis, et
- la blessure accidentelle doit être déclarée, faire l'objet d'une enquête et être documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail en vigueur au Canada ou aux États-Unis.

Le diagnostic d'une infection professionnelle par le VIH doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la deuxième sérologie du VIH décrite ci-dessus.

Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- la personne couverte a refusé d'utiliser tout vaccin approuvé et disponible offrant une protection contre le VIH,
- un traitement curatif approuvé pour l'infection au VIH est devenu disponible avant la blessure accidentelle, ou
- l'infection au VIH n'est pas attribuable à une blessure accidentelle mais a été contractée, par exemple, au cours de relations sexuelles ou à l'occasion de l'usage de drogues intraveineuses.

Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente

Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente s'entend du diagnostic formel d'une défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui rend une transplantation médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à l'insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente, la personne couverte doit être inscrite comme receveuse dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et où s'effectue la forme de transplantation requise.

Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est la date d'inscription de la personne couverte à un tel centre de transplantation.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Insuffisance rénale

Insuffisance rénale s'entend du diagnostic formel d'une défaillance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique

Maladie de Parkinson s'entend du diagnostic formel de la maladie de Parkinson primitive, maladie neurologique chronique qui se caractérise par la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. La personne couverte doit présenter des signes objectifs de détérioration fonctionnelle progressive depuis au moins un an, et le neurologue qui traite celle-ci doit avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Les syndromes parkinsoniens atypiques sont définis comme le diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystématisée.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue ou par un médecin spécialiste. La personne couverte

doit remplir les conditions énoncées ci-dessus et survivre pendant 30 jours après la date où toutes ces conditions sont remplies.

Période moratoire d'exclusion : Si, dans l'année qui suit la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle la Sun Life a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion pour tout montant de couverture,
- la date d'effet applicable à ce montant de couverture,

la personne couverte

- a présenté des signes ou symptômes ou a subi des examens menant à un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture), sans égard à la date du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme (couvert ou exclu aux termes de la présente couverture),

aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou à un syndrome parkinsonien atypique ne sera payable pour ce montant de couverture. En outre, si, par la suite, la personne bénéficie de montants de couverture additionnels, aucune prestation ne sera payable relativement à la maladie de Parkinson ou à un syndrome parkinsonien atypique pour ces montants additionnels. Toute autre couverture demeure en vigueur.

Aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou à un syndrome parkinsonien atypique ne sera payable pour tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements susmentionnés doivent être transmis à la Sun Life dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si les renseignements ne sont pas fournis, la Sun Life a le droit de refuser toute demande de règlement pour la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou pour toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou par son traitement.

Si, après la cessation de sa couverture Maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, la Sun Life se base sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la période moratoire d'exclusion.

Maladie du motoneurone

Maladie du motoneurone s'entend du diagnostic formel de l'une des maladies suivantes exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire. Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Méningite bactérienne

Méningite bactérienne s'entend du diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien qui révèle une croissance de bactéries pathogènes en culture. Il doit y avoir une déficience neurologique qui persiste pendant au moins 90 jours après la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 90 jours après la date du diagnostic.

Exclusion : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

La paralysie est définie comme le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant au moins 90 jours après la date de l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie

Perte d'autonomie s'entend du diagnostic formel d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités suivantes de la vie courante pour une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie courante sont :

- Prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.
- Se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, ainsi que les orthèses, membres artificiels ou autres appareils, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.
- Faire sa toilette – capacité de s'asseoir sur le siège des toilettes et de s'en relever ainsi que d'assurer son hygiène personnelle, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.
- Être continent – capacité de maîtriser les fonctions intestinale et urinaire avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle acceptable.
- Se mouvoir – capacité de se mettre au lit et d'en sortir, de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.
- Se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un médecin spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.

Perte de la parole

Perte de la parole s'entend du diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole à la suite d'une blessure ou d'une maladie physique pendant une période d'au moins 180 jours.

Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un médecin spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.

Exclusion : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable si la perte de la parole est due à une cause psychiatrique.

Perte de membres

Perte de membres s'entend du diagnostic formel de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Remplacement ou réparation valvulaire

Remplacement ou réparation valvulaire s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule biologique ou mécanique, ou à en corriger les affections ou les anomalies. Un médecin spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusion : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques s'entend du diagnostic formel d'au moins un des troubles suivants :

- au moins deux poussées distinctes, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation,
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pendant au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
- une seule poussée confirmée par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Surdité

Surdité s'entend du diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Transplantation d'un organe vital

Transplantation d'un organe vital s'entend d'un diagnostic formel de défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui rend une transplantation médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'organe vital, la personne couverte doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la transplantation doit se limiter à ces organes.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.

Tumeur cérébrale bénigne

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

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Aucune prestation n'est payable en cas de récurrence ou de métastase d'une première tumeur qui a été diagnostiquée avant la date d'effet de la couverture.

Période moratoire d'exclusion : Si, dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle la Sun Life a reçu les renseignements relatifs à l'adhésion pour tout montant de couverture,
- la date d'effet applicable à ce montant de couverture,

la personne couverte

- a présenté des signes ou symptômes de tumeur cérébrale bénigne ou subi des examens menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue aux termes de la présente couverture), sans égard à la date du diagnostic, ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue aux termes de la présente couverture),

aucune prestation ne sera payable relativement à la tumeur cérébrale bénigne pour ce montant de couverture. En outre, si, par la suite, la personne bénéficie de montants de couverture additionnels, aucune prestation ne sera payable relativement à la tumeur cérébrale bénigne pour ces montants additionnels. Toute autre couverture demeure en vigueur.

Les renseignements susmentionnés doivent être transmis à la Sun Life dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne lui sont pas fournis, la Sun Life a le droit de refuser toute demande de règlement pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par le traitement d'une tumeur cérébrale bénigne.

Si, après la cessation de sa couverture Maladies graves, la personne est réadmise à la présente garantie, la Sun Life se base sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la période moratoire d'exclusion.

Définitions des affections couvertes – couverture pour enfant

Vos enfants sont couverts pour les 25 affections définies ci-dessus et pour les 6 autres affections de l'enfance qui suivent :

Cardiopathie congénitale

Cardiopathie congénitale s'entend du diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques suivantes couvertes ou l'une des affections cardiaques décrites ci-dessous pour lesquelles une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée afin d'y remédier.

Affections cardiaques couvertes :

- coarctation de l'aorte
- maladie d'Ebstein
- syndrome d'Eisenmenger
- tétralogie de Fallot
- transposition des gros vaisseaux

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit :

- être posé par un médecin spécialiste; et
- être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables.

La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Affections cardiaques couvertes par l'assurance si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée

Les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles :

- sténose aortique,
- communication interauriculaire,
- rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré,
- sténose pulmonaire,
- communication interventriculaire.

Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :

- fermeture percutanée de la communication interauriculaire;
- interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée.

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste et la chirurgie doit :

- être recommandée et pratiquée par un médecin spécialiste,
- être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables.

La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Diabète sucré de type 1

Diabète sucré de type 1 s'entend d'un diagnostic formel de diabète sucré de type 1 qui se manifeste chez la personne couverte par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins trois mois consécutifs.

Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 90 jours après la date du diagnostic.

Dystrophie musculaire

Dystrophie musculaire s'entend d'un diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez la personne couverte par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et la biopsie musculaire.

Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Fibrose kystique

Fibrose kystique s'entend d'un diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la personne couverte par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Le diagnostic de fibrose kystique doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Paralysie cérébrale

Paralysie cérébrale s'entend du diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui affecte le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Syndrome de Down

Syndrome de Down s'entend d'un diagnostic formel de syndrome de Down, qui est confirmé par la présence de l'anomalie chromosomique associée à la trisomie 21.

Le diagnostic de syndrome de Down doit être posé par un médecin spécialiste. La personne couverte doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Les clauses particulières

Renseignements importants au sujet de l'assurance facultative contre les maladies graves

Exclusion relative aux maladies préexistantes

Pour tout montant de couverture :

- n'ayant pas nécessité la présentation d'une attestation de bonne santé,
- et qui est en vigueur depuis moins de 12 mois au titre de la garantie maladies graves de l'employeur,

aucune prestation n'est versée relativement à une affection couverte qui est attribuable à une blessure, à une maladie ou à une affection (qu'un diagnostic ait été établi ou non) pour lesquelles la personne couverte a, au cours des 12 mois précédant la date d'effet de la couverture,

- présenté des signes ou des symptômes, consulté un médecin ou un autre praticien,
- ou reçu des soins, des conseils ou des traitements d'ordre médical,
- ou aurait consulté un médecin ou un autre praticien si elle avait agi comme l'aurait fait toute personne raisonnablement prudente ayant subi la blessure en cause, souffrant de la maladie ou de l'affection en cause, ou ayant présenté les signes ou les symptômes en cause.

Si, après la cessation de sa couverture, la personne est réadmise à la présente garantie, la Sun Life se base sur la date la plus récente de son admission lorsqu'il y a lieu d'appliquer la restriction ci-dessus.

La présente exclusion est supprimée dans le cas où la période moratoire d'exclusion pour les enfants s'applique ou dans le cas de tout enfant du salarié ou du conjoint du salarié qui est né ou adopté plus de 10 mois après la date à laquelle le salarié a été admis à la garantie maladies graves pour enfant.

Période moratoire d'exclusion pour un cancer, pour une tumeur cérébrale bénigne et pour la maladie de Parkinson

Aucune prestation n'est payable relativement à tout cancer, à toute tumeur cérébrale bénigne ou à la maladie de Parkinson si, dans les 90 jours qui suivent la date d'effet de la couverture (1 an dans le cas de la maladie de Parkinson), la personne couverte :

- reçoit un diagnostic de cancer, de tumeur cérébrale bénigne ou de maladie de Parkinson;
- présente des signes ou symptômes de cancer, de tumeur cérébrale bénigne ou de la maladie de Parkinson, ou subit des examens menant à un diagnostic de cancer, de tumeur cérébrale bénigne ou de maladie de Parkinson.

Toutefois, la couverture prévue pour toutes les autres affections couvertes demeure en vigueur.

Période moratoire d'exclusion pour les enfants

Cette période commence 90 jours avant la date d'effet de la couverture au titre de l'assurance facultative contre les maladies graves pour enfant et se poursuit jusqu'à 10 mois après cette date.

Durant cette période, votre enfant ne sera pas couvert si, à sa naissance ou dans les 90 jours suivant sa naissance :

- on diagnostique chez lui une affection couverte; ou
- il présente des signes ou symptômes d'une affection couverte, ou subit des examens menant au diagnostic d'une affection couverte dans les 5 ans de sa naissance.

Quand la couverture entre-t-elle en vigueur?

Toute couverture établie **ne nécessitant pas la présentation de renseignements médicaux**, prendra effet à la date à laquelle le gestionnaire de votre régime aura traité votre demande de couverture. (Cette couverture n'est offerte qu'aux personnes qui se prévalent d'une offre d'une durée limitée et aux nouveaux employés.)

Tout montant de couverture **nécessitant la présentation de renseignements médicaux** entrera en vigueur à la date à laquelle la Financière Sun Life vous aura informé de sa décision.

Si, après la cessation de sa couverture, la personne est réadmise à la présente garantie, nous nous basons sur la date du début de la couverture la plus récente.

Quand la couverture prend-elle fin?

Votre couverture prend fin à la première des éventualités suivantes :	La couverture de votre conjoint prend fin à la première des éventualités suivantes :	La couverture pour chaque enfant prend fin à la première des éventualités suivantes :
<ul style="list-style-type: none">• la date de votre départ à la retraite¹;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle votre conjoint perd la qualité de conjoint¹;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle votre enfant perd la qualité d'enfant;
<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation prévu par votre régime;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle vous ou votre conjoint atteignez l'âge de cessation prévu par votre régime, selon la première éventualité;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle vous ou votre conjoint (celui dont le régime couvre l'enfant) cessez d'être admissible à la couverture;
<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle vous cessez de vivre au Canada;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle votre conjoint cesse de vivre au Canada;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle votre enfant cesse de vivre au Canada;
<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle une somme est versée au titre du contrat pour la première affection couverte;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle une somme est versée au titre du contrat pour la première affection couverte;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle une somme est versée au titre du contrat pour la première affection couverte (la couverture est maintenue pour vos autres enfants admissibles);
<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle votre emploi prend fin¹;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle votre emploi prend fin¹;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle votre emploi prend fin¹;
<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle le contrat collectif prend fin¹;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle le contrat collectif prend fin¹;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle le contrat collectif prend fin¹;
<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle la période couverte par la dernière prime payée prend fin;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle la période couverte par la dernière prime payée prend fin;	<ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle la période couverte par la dernière prime payée prend fin;
<ul style="list-style-type: none">• la date de votre décès.	<ul style="list-style-type: none">• la date de votre décès ou la date du décès de votre conjoint.	<ul style="list-style-type: none">• la date de votre décès ou du décès de votre conjoint (celui dont le régime couvre l'enfant) ou la date du décès de votre enfant.

¹ Si vous changez d'emploi ou de situation matrimoniale, ou encore si vous prenez votre retraite, vous et/ou votre conjoint pourriez conserver jusqu'à 100 000 \$ d'assurance facultative contre les maladies graves (vos enfants pourraient conserver une couverture pouvant aller jusqu'à 20 000 \$) en appelant la Financière Sun Life au 1-877-893-9893 dans les 60 jours suivant la perte de votre couverture.

Qu'est-ce qui est exclu de la couverture?

Aucune prestation n'est payable pour les affections résultant directement ou indirectement de l'une des causes ci-dessous :

- maladie couverte dont le diagnostic a été établi avant la date d'effet de la couverture^{**};
- tentative de suicide ou blessure intentionnellement provoquée par l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- acte d'hostilité de forces armées, insurrection, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- participation à la perpétration d'un acte criminel;
- consommation illégale ou illicite de drogues, usage impropre ou abusif de drogues ou d'alcool;
- décès de l'assuré au cours de la période de survie prescrite.

* Par diagnostic, on entend un acte établi par écrit par un médecin ou un spécialiste autorisé à exercer et pratiquant la médecine au Canada et attestant que la personne couverte est atteinte d'une affection couverte. Le diagnostic, dont le dossier médical fait état, prend effet à la date à laquelle il est établi par le médecin ou le spécialiste. Tout diagnostic d'une affection couverte qui a été établi avant la date d'effet de la couverture n'est pas couvert.

** Certaines affections couvertes, comme les crises cardiaques, sont considérées comme un événement distinct lorsqu'elles surviennent, et le diagnostic se rapporte spécifiquement à la date à laquelle elles surviennent.

Toutes les demandes de règlement doivent être acceptées par la Financière Sun Life.

Ce document présente un sommaire de la couverture. Pour connaître l'ensemble des conditions, restrictions et exclusions, veuillez vous reporter au contrat d'assurance collective. En cas de divergences entre ce document et le contrat, ce sont les dispositions du contrat qui ont préséance.

Le présent document vous donne un aperçu des principales caractéristiques de l'assurance contre les maladies graves, mais il n'en présente pas toutes les particularités. Les dispositions, conditions, exclusions et restrictions qui régissent l'assurance contre les maladies graves sont exposées dans le contrat d'assurance collectif établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.

© Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, 2015.

VB-110-F-CH-25_07-15