



ASSURANCE MALADIES GRAVES MALADIES COUVERTES ET DÉFINITIONS

« **Prestations supplémentaires** » signifie la prestation de CCIS, la prestation de traitement du cancer de la prostate à un stade précoce et la prestation de perte d'indépendance.

« **Maladie d'Alzheimer** » signifie le diagnostic de la maladie d'Alzheimer chez l'assuré, une maladie dégénérative progressive du cerveau. Le diagnostic doit être appuyé par des preuves médicales indiquant que l'assuré souffre d'une perte des capacités intellectuelles occasionnant une réduction importante de son fonctionnement mental et social, telle que la nécessité d'une supervision personnelle quotidienne pour les activités de la vie quotidienne. Toutes les autres maladies du cerveau organiques et psychiatriques débouchant sur la démence sont exclues de cette définition de maladie assurée. Un neurologue ou un psychiatre agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Sclérose latérale amyotrophique (SLA)** » signifie un diagnostic sans ambiguïté de SLA entraînant l'incapacité d'effectuer trois (3) des six (6) activités de la vie quotidienne sans assistance. Un neurologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Chirurgie de l'aorte** » signifie une intervention chirurgicale à l'aorte requise pour traiter une maladie de l'aorte et qui nécessite l'excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. La chirurgie de l'aorte doit être effectuée à la suite de la recommandation écrite préalable d'un chirurgien cardiovasculaire agréé. L'aorte inclut l'aorte thoracique et abdominale mais non les branches de l'aorte.

« **Tumeur cérébrale bénigne** » signifie un néoplasme bénin dans le cerveau ou dans les méninges avec confirmation histologique. Les kystes, les granulomes, les malformations des artères ou des veines intracrâniennes, et les tumeurs ou les lésions de l'hypophyse sont spécifiquement exclues. Le diagnostic doit être confirmé par le biais d'une neuroradiologie par un spécialiste formé à l'interprétation des investigations radiologiques.

« **Cécité** » signifie la perte de vue totale et irréversible dans les deux yeux à la suite d'une blessure ou d'une maladie. L'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins dans les deux yeux et le champ de vision doit être inférieur à 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue agréé doit confirmer cliniquement et par écrit le diagnostic.

« **Cancer** » signifie une tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée et le développement de cellules malignes et l'invasion des tissus. Cela comprend la leucémie, la maladie de Hodgkin et les mélanomes invasifs mais n'inclut pas :

- a) les carcinomes in situ;
- b) la maladie de Kaposi ou d'autres cancers liés au sida et au cancer en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
- c) les cancers de la peau ou les mélanomes qui ne sont pas invasifs et qui ne dépassent pas 0,75 mm de profondeur;
- d) le cancer de la prostate diagnostiqué en tant que T1N0 M0 ou à un stade équivalent.

Un oncologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Déficience cognitive** » signifie une détérioration mentale et une perte de capacité intellectuelle, démontrée par la détérioration de la mémoire, de l'orientation et du raisonnement, qui est mesurable et provient d'une cause organique démontrable diagnostiquée par un médecin. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter au minimum huit heures continues de supervision quotidienne.

« **Coma** » signifie que l'assuré a été inconscient pendant une période continue d'au moins 96 heures pendant laquelle des stimulations externes n'ont produit que des réflexes primaires. Un neurologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Pontage coronarien** » signifie une intervention chirurgicale effectuée par un chirurgien cardio-vasculaire certifié pour remédier au rétrécissement ou au blocage d'une ou plusieurs artères coronaires par le biais de greffons de pontage. Les techniques non chirurgicales telles que les angioplasties par ballonnet, le retrait d'obstruction par laser ou les techniques intra-artérielles ne sont pas considérées comme des maladies assurées.

« **CCIS** » signifie le diagnostic par un médecin licencié de la présence d'un carcinome intracanalair non infiltrant de la poitrine confirmée par une biopsie. Un oncologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Surdité** » signifie un diagnostic de perte permanente de l'ouïe de l'assuré, avec un seuil auditif de plus de 90 dB dans chaque oreille. Un oto-rhino-laryngologiste agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Perte de membres** » signifie un diagnostic définitif de la perte complète de deux membres ou plus au-dessus du poignet ou de la cheville à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement requise. Le diagnostic de la perte de membres doit être effectué par un spécialiste, qui doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Traitement d'un cancer de la prostate à un stade précoce** » signifie le traitement d'un cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b): le diagnostic doit être fait par un oncologue. Aucune prestation ne sera versée à moins que l'oncologue ait recommandé un des traitements suivants :

- Intervention chirurgicale au niveau de la prostate
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Thérapie hormonale

« **Crise cardiaque** » signifie l'arrêt du fonctionnement d'une portion du muscle cardiaque à la suite d'une irrigation sanguine insuffisante de la zone concernée. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un médecin spécialiste en médecine interne ou par un cardiologue et doit être basé sur des changements constatés sur un nouvel électrocardiogramme indiquant une crise cardiaque et sur au moins un des éléments suivants : augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques ou augmentation de l'enzyme cardiaque à des niveaux indiquant une crise cardiaque.

Une crise cardiaque n'inclut pas une augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques ou une augmentation des enzymes cardiaques à la suite d'une angioplastie coronaire à moins qu'elle soit accompagnée de changements diagnostiques ou d'un nouvel infarctus à onde Q sur l'ECG.

« **Remplacement d'une valvule cardiaque** » signifie une opération chirurgicale destinée à remplacer toute valvule cardiaque par une valvule mécanique ou naturelle. Un cardiologue doit déterminer que l'intervention chirurgicale est nécessaire.

Exclusion : aucune prestation ne sera payée dans le cadre de cette maladie pour la réparation des valvules cardiaques.

« **Perte d'indépendance** » signifie le diagnostic définitif par un médecin licencié indiquant que le patient :

1. Est totalement et de façon permanente incapable d'effectuer lui-même au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne ou,
2. Souffre d'une déficience cognitive. Un désordre mental nerveux sans cause organique démontrable n'est pas couvert. La perte d'indépendance doit persister pendant au moins quatre-vingt-dix (90) jours à partir de la date du diagnostic.

« **Perte de la parole** » signifie le diagnostic définitif d'une perte totale et irréversible de la capacité de parler à la suite d'une blessure physique ou d'une maladie, pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être fait par un spécialiste, qui doit le confirmer par écrit.

« **Insuffisance d'un organe majeur** » signifie l'insuffisance irréversible de tout le cœur, de tout le foie, des deux poumons, des deux reins ou de la moelle osseuse, dans le cadre duquel l'organe touché ne répond plus aux traitements et dans le cadre duquel l'assuré est médicalement requis de s'inscrire à un programme de greffe canadien reconnu pour recevoir un cœur, un foie, un poumon ou un rein, ou pour recevoir une greffe de la moelle osseuse.

« **Greffe d'un organe majeur** » signifie un diagnostic définitif d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, et signifie qu'une greffe est médicalement nécessaire. Pour être admissible à l'indemnité pour greffe d'un organe majeur, l'assuré doit subir une greffe du cœur, d'un poumon, du foie, d'un rein ou de la moelle osseuse, et il doit être limité à ces procédures. Le diagnostic de l'insuffisance d'un organe majeur doit être fait par un spécialiste, qui doit le confirmer par écrit.

« **Sclérose en plaques** » signifie un diagnostic écrit sans équivoque d'un neurologue confirmant au moins des anomalies neurologiques persistantes, avec des troubles des fonctions, mais ne confinant pas nécessairement l'assuré à un fauteuil roulant ou à un lit.

« **Infection par le VIH à la suite d'activités professionnelles** » signifie un diagnostic définitif d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'emploi de la personne assurée, et qui a exposé la personne à des liquides corporels contaminés par le VIH. La blessure accidentelle donnant lieu à l'infection doit avoir lieu après la date d'entrée en vigueur de la police ou après la date du rétablissement de la police, ou après la date d'entrée en vigueur de la couverture de l'assuré (selon la plus ancienne de ces dates).

Le paiement dans le cadre de cette affection nécessite que toutes les conditions suivantes soient satisfaites :

- a) la blessure accidentelle doit avoir été signalée à l'assureur dans les 14 jours de la blessure accidentelle;
- b) une sérologie du VIH doit avoir été effectuée dans un délai de 14 jours de la blessure accidentelle et le résultat doit avoir été négatif;
- c) une sérologie du VIH doit avoir été effectuée entre 90 jours et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit avoir été négatif;
- d) tous les tests de dépistages du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment licencié au Canada ou aux États-Unis;
- e) la blessure accidentelle doit avoir été signalée, doit avoir fait l'objet d'une enquête et doit avoir été documentée conformément aux lignes directrices sur le lieu de travail en vigueur au Canada et aux États-Unis.

Le diagnostic d'une infection professionnelle par le VIH doit être fait par un spécialiste, qui doit le confirmer par écrit.

Exclusion : aucune prestation ne sera payée dans le cadre de cette affection si :

- vous avez choisi de ne pas prendre un vaccin disponible offrant une protection contre le VIH; ou,
- un traitement approuvé contre l'infection par le VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou,
- l'infection par le virus VIH s'est produite à la suite d'une blessure non accidentelle comprenant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle et à la suite de l'utilisation de drogues intraveineuses (IV).

« **Paralysie** » signifie la perte totale et irrémédiable de la fonction de deux (2) membres ou plus à la suite de dommages neurologiques provenant d'une blessure ou d'une maladie, à condition que cette perte de fonction continue dure plus de 365 jours consécutifs et que des preuves que nous estimons satisfaisantes indiquent que la perte de fonction est permanente. Un neurologue agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

« **Maladie de Parkinson** » signifie un diagnostic sans équivoque de maladie de Parkinson idiopathique primaire résultant en l'incapacité d'effectuer trois (3) des six (6) activités de la vie quotidienne sans assistance. Le diagnostic doit indiquer des signes d'invalidité progressive et doit être confirmé par écrit par un neurologue agréé.

« **Brûlures graves** » signifie que l'assuré souffre de brûlures au troisième degré couvrant au moins 20 % de la surface de son corps. Un chirurgien plasticien agréé doit confirmer ce diagnostic par écrit.

« **Accident vasculaire cérébral** » signifie que l'assuré a souffert d'un accident vasculaire cérébral autre qu'un accident ischémique transitoire (AIT), produisant un infarctus des tissus cérébraux en raison d'une thrombose, d'une hémorragie d'un vaisseau intracrânien ou d'une embolie causée par une source extracrânienne. Il doit y avoir des preuves de dommages neurologiques permanents persistants pendant 30 jours consécutifs, ainsi que des preuves que les dommages sont le résultat de l'accident vasculaire cérébral, confirmées par écrit par un neurologue agréé.

«Prestations de deuxième événement» – Si un assuré fait l'objet d'un diagnostic de cancer pour lequel le montant de la prestation a été payé et, au moins 365 jours après, fait l'objet d'un diagnostic de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de pontage coronaire, ou fait l'objet d'une chirurgie de l'aorte ou d'un remplacement d'une valve cardiaque, Nous paierons la prestation de deuxième événement qui sera égale au montant de la prestation (moins le versement de toute prestation supplémentaire payée après le premier paiement du montant de la prestation).

Si un assuré fait l'objet d'un diagnostic de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de pontage coronaire, ou fait l'objet d'une chirurgie de l'aorte ou d'une valvule cardiaque pour laquelle le montant de la prestation a été payé et fait ensuite, au moins 365 jours après, l'objet d'un diagnostic de cancer, nous paierons la prestation de deuxième événement qui sera égale au montant de la prestation (moins le paiement de toute prestation supplémentaire payée après le premier paiement du montant de la prestation).

La prestation de deuxième événement est versée si l'assuré survit 30 jours après le diagnostic de maladie assurée.

La prestation de deuxième événement est payable une seule fois. Le paiement de la prestation de deuxième événement représentera la décharge complète et finale de toutes les demandes d'indemnités dans le cadre de la prestation de deuxième événement. Après le paiement de la prestation de deuxième événement, la couverture dans le cadre de cette police prend fin.

Les prestations supplémentaires ne sont pas considérées comme un événement et par conséquent ne sont pas incluses dans la définition de deuxième événement ci-dessus.

Comme avec toutes les assurances, des limites et des exclusions sont applicables à chaque prestation. Elles sont indiquées en détail dans la section « Exclusions et limitations ».

La présente constitue un aperçu des garanties auxquelles vous pourriez être admissibles aux termes de l'assurance maladies graves du RAEO. Il s'agit uniquement d'un document d'information et il ne remplace pas le contrat d'assurance. Veuillez vous reporter au contrat d'assurance maladies graves du RAEO pour connaître tous les détails du contrat et des garanties, notamment les définitions, le montant des garanties, les restrictions et exclusions. Certaines dispositions pourraient limiter les garanties offertes. En toutes circonstances, les dispositions du contrat d'assurance maladie graves du RAEO établi par l'Assurance-Vie ACE INA ont préséance.