

## **Assurance maladies graves collective**

# Assurance maladies graves collective facultative

## **Une protection accrue pour vous et les membres de votre famille**

### **Donnez la priorité à votre rétablissement.**

Nous connaissons presque tous une personne qui a reçu un diagnostic de maladie grave ou qui est atteinte d'une telle maladie. Les conséquences peuvent être considérables – inquiétude, traitements, absence du travail et fardeau financier associé aux dépenses imprévues.

C'est là que votre assurance maladies graves collective facultative entre en jeu. Cette assurance complète la couverture offerte au titre de vos garanties d'assurance maladie, vie et invalidité, et vous procure, à vous, à votre conjoint ou aux enfants à votre charge, une protection accrue en cas de maladie grave.

Si vous, votre conjoint ou un enfant à votre charge recevez un diagnostic de l'une des affections couvertes définies dans le contrat, l'assurance maladies graves collective facultative vous permettrait de recevoir une prestation forfaitaire en espèces non imposable que vous pourriez utiliser comme bon vous semble. Vous pourriez par exemple envisager d'autres options de traitement, effectuer vos paiements hypothécaires ou régler le solde de vos cartes de crédit, engager un soignant, acheter de l'équipement spécialisé ou prendre le temps de faire des activités en famille ou d'autres activités.

### **L'assurance maladies graves collective facultative présente de nombreux avantages :**

- taux collectifs abordables; généralement moins élevés que les garanties individuelles;
- elle vous offre la souplesse nécessaire pour choisir le montant d'assurance qui vous convient;
- elle prévoit le paiement des primes au moyen de retenues salariales pratiques;
- elle vous permet de souscrire une assurance facultative pour votre conjoint et les enfants à votre charge;
- elle vous permet de toucher une prestation forfaitaire non imposable que vous pouvez utiliser comme bon vous semble;
- elle vous donne accès aux services de navigation et au service de deuxième avis médical.

### **Vous êtes couvert pour plusieurs paiements pour les maladies graves**

Grâce à l'assurance maladies graves collective facultative, vous bénéficiez d'une protection à long terme qui s'étend au-delà d'une seule maladie grave. La couverture est maintenue en cas de nouvelle maladie grave. Plus important encore, cette couverture s'applique à vous et à votre conjoint. La couverture pour les maladies graves multiples comprend un deuxième événement lié au cancer cinq ans après le versement initial de la demande de règlement pour le cancer. Certaines conditions s'appliquent.

### **Pourquoi souscrire une assurance maladies graves collective facultative?**

L'assurance maladies graves a été créée il y a plus de 35 ans par un médecin sud-africain qui voulait éviter à ses patients souffrant de troubles cardiaques des difficultés financières après leur intervention chirurgicale.

Le risque d'être atteint d'une maladie sérieuse est élevé, et bon nombre de ces maladies sont à présent considérées comme graves ou sont susceptibles de le devenir :

- Au Canada, 1 femme sur 2,6 et 2 hommes sur 5 seront victimes d'un cancer au cours de leur vie.
- Plus de 140 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année.
- Environ 300 000 Canadiens vivent avec les séquelles d'un accident vasculaire cérébral.
- Plus de 75 000 crises cardiaques se produisent chaque année.
- Le Canada détient l'un des taux de sclérose en plaques les plus élevés au monde.

Les statistiques sur la santé proviennent des sites des organismes suivants : Société canadienne du cancer Fondation des maladies du cœur Société canadienne de la sclérose en plaques. Les statistiques fournies tiennent compte de l'ensemble des cas recensés et non du nombre de cas d'une affection couverte en particulier.

## Affections couvertes\* :

Bien qu'il existe de nombreuses maladies graves, la couverture au titre de cette garantie se limite aux affections définies dans le contrat d'assurance collective. Les affections couvertes sont décrites ci-dessous et regroupées pour illustrer le fonctionnement de l'assurance maladies graves multiples :

**Vous trouverez ci-après les affections actuellement couvertes au titre de votre assurance maladies graves collective facultative.**

Assurance maladies graves collective – Affections couvertes	Vous et votre conjoint	Votre enfant
<b>Maladies graves dues au cancer</b>		
Cancer (mettant la vie en danger)	✓	✓
<b>Maladies cardiovasculaires graves</b>		
Chirurgie de l'aorte	✓	✓
Pontage coronarien	✓	✓
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	✓	✓
Remplacement de valvules cardiaques	✓	✓
Cardiopathie congénitale (pour laquelle une chirurgie correctrice a été effectuée)	✓	✓
Accident vasculaire cérébral	✓	✓
<b>Autres maladies graves</b>		
Maladie d'Alzheimer	✓	✓
Anémie aplasique	✓	✓
Méningite purulente	✓	✓
Tumeur cérébrale bénigne	✓	✓
Cécité	✓	✓
Coma	✓	✓
Surdité	✓	✓
Insuffisance rénale (néphropathie terminale)	✓	✓
Perte d'autonomie**	✓	✓
Perte de membres	✓	✓
Perte de l'usage de la parole	✓	✓
Défaillance d'un organe vital ou de la moelle osseuse et en attente d'une greffe	✓	✓
Greffe d'un organe vital ou de moelle osseuse	✓	✓
Maladie du motoneurone	✓	✓
Sclérose en plaques	✓	✓
Infection à VIH contractée au travail	✓	✓
Paralyse	✓	✓
Maladie de Parkinson	✓	✓
Brûlures graves	✓	✓
Autisme		✓
Infirmité motrice cérébrale		✓
Fibrose kystique		✓
Syndrome de Down		✓
Dystrophie musculaire		✓
Diabète insulino-dépendant		✓

\* Les affections couvertes sont les maladies reconnues comme graves en raison de leur nature par les professionnels de la santé. Comme la médecine et le traitement des maladies graves évoluent, les définitions contractuelles des affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves collective facultative peuvent changer. Pour obtenir la liste des définitions des affections couvertes, rendez-vous dans le site des participants de Manuvie à l'adresse [manuvie.ca/participant](http://manuvie.ca/participant), puis cliquez sur Affections couvertes par l'assurance maladies graves sous Outils et ressources. Vous pouvez également communiquer avec notre Service à la clientèle.

## **Comme c'est le cas pour la plupart des assurances, certaines conditions s'appliquent :**

Vous devez être toujours vivant au moins 14 jours, ou comme précisé dans la définition de l'affection couverte, après l'établissement du diagnostic d'une affection couverte pour avoir droit à la prestation.

Une exclusion relative aux affections préexistantes s'applique lorsque l'assurance maladies graves collective facultative a été souscrite sans que l'assuré ait rempli un questionnaire médical détaillé. Aucune prestation ne peut être versée pendant les 24 premiers mois de couverture dans le cas d'une affection directement ou indirectement attribuable à une affection préexistante, c'est-à-dire si l'assuré a reçu un diagnostic d'une affection pour laquelle il a présenté des signes ou des symptômes, a reçu ou aurait dû recevoir des soins médicaux, a consulté un médecin ou s'est fait prescrire des médicaments dans les 24 mois précédant la date d'effet de la couverture.

Une exclusion de période de moratoire s'applique dans les 90 premiers jours de la couverture pour certaines affections. Pendant cette période, s'il y a des signes, des symptômes ou des examens, comme des consultations médicales, des tests ou toute autre forme d'évaluation clinique, qui pourraient être liés au diagnostic éventuel d'une tumeur cérébrale bénigne, ou à certaines affections parkinsoniennes atypiques précises, peu importe la date à laquelle le diagnostic a été posé, aucune prestation ne sera versée pour cette demande de règlement.

Une couverture pour les maladies graves multiples est limitée à une prestation dans chaque catégorie d'affection. Les catégories comprennent le cancer, les maladies cardiovasculaires et d'autres affections. De plus, une prestation subséquente pour le cancer pourrait être admissible au titre de la couverture pour le deuxième événement lié au cancer. La couverture sera maintenue jusqu'à ce que toutes les prestations aient été versées, sous réserve d'un maximum de quatre demandes de règlement.

\*\* À titre d'exception à la couverture pour les maladies graves multiples, toute demande de règlement pour perte d'autonomie sera limitée à une seule prestation et aucune demande de règlement supplémentaire pour toute affection couverte subséquente ne sera admissible. De plus, une fois qu'une demande de règlement pour une maladie grave est remboursée pour un cancer ou une affection cardiovasculaire, toute demande de règlement future pour perte d'autonomie ne sera pas couverte.

Vous trouverez la liste complète des exclusions dans votre brochure d'assurance collective ou dans le contrat.

## **Deuxième avis médical**

En plus de fournir un soutien financier, l'assurance maladies graves collective facultative vous donne accès à des services de navigation dans le système de soins de santé et de deuxième avis médical.

Le service de deuxième avis médical est un centre de ressources sur la santé qui vous permet d'accéder, par téléphone ou par voie électronique, aux renseignements médicaux et thérapeutiques qui conviennent le mieux à votre état de santé.

Nos services de deuxième avis médical et de navigation dans le système de santé vous sont proposés à vous ainsi qu'aux membres de votre famille immédiate.

Grâce au service de deuxième avis médical, vous pouvez également être dirigé vers des établissements de soins spécialisés à l'étranger afin d'obtenir le soutien nécessaire à la gestion d'une affection couverte.

L'accès à tous ces services d'aide vous est offert sans frais. Toutefois, les frais associés aux traitements, aux services et aux établissements auxquels vous avez recours par l'intermédiaire du service de deuxième avis médical sont à votre charge, et il est possible que ces frais ne soient pas couverts au titre de votre régime.

## **Processus de souscription des plus simple**

Le processus de souscription de l'assurance maladies graves collective facultative a été conçu pour qu'il soit le plus simple possible :

1. Décidez du montant d'assurance qui vous convient (reportez-vous à la feuille de taux pour obtenir des précisions).
2. Vérifiez le coût de la couverture choisie (et si des minimums ou des maximums sont prévus par votre régime).
3. Envoyez un formulaire de demande d'assurance dûment rempli (une preuve d'assurabilité peut être requise dans le cas de l'assurance maladies graves facultative).

Manuvie vous informera de sa décision concernant l'approbation de l'assurance demandée et de la date à laquelle celle-ci prendra effet. Les primes de l'assurance maladies graves collective facultative sont payées par vous, le participant.

Si vous souhaitez renoncer à votre assurance ou en réduire le montant, vous devez en informer par écrit l'administrateur de votre régime ou le service des ressources humaines.

### **Des questions?**

Pour obtenir un formulaire de demande d'assurance, un formulaire de demande de règlement ou la liste des définitions contractuelles des affections couvertes, veuillez vous rendre dans le site des participants à partir de l'adresse [manuvie.ca/participant](http://manuvie.ca/participant).

### **Vous n'êtes pas encore inscrit? Voici la marche à suivre :**

- Rendez-vous à l'adresse [manuvie.ca/participant](http://manuvie.ca/participant), placez le curseur sur le bouton « Entrer » dans la partie supérieure de l'écran et cliquez sur Participants, sous Assurance collective dans le menu déroulant.
- Pour vous inscrire, suivez les instructions affichées à l'écran.
- Ouvrez ensuite une session. Vous trouverez le formulaire de demande d'assurance et le guide de règlements dans la section Dépliants ou brochures à l'intention des participants du menu Formulaires et les formulaires de demande de règlement, dans la section Formulaires de demande de règlement du menu Formulaires..

## Annexe – Affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves

Date d'effet : le 1er février 2010

La présente annexe comporte les définitions des affections couvertes au titre de la garantie d'assurance maladies graves collective souscrite auprès de Manuvie.

Les affections couvertes sont les états pathologiques reconnus comme graves de par leur nature par les professionnels de la santé. Comme les connaissances médicales et les traitements des maladies graves sont en constante évolution, Manuvie se réserve le droit de modifier les définitions contractuelles des affections couvertes au titre de toute garantie. Toutes les demandes de règlement présentées au titre du présent contrat seront évaluées à l'aide de la définition de toute affection en vigueur au moment où survient le sinistre.

Si vous avez des questions sur les affections figurant dans la présente annexe, veuillez consulter votre médecin ou communiquer avec le Service à la clientèle de Manuvie au 1 800 268-6195.

### Définitions des affections couvertes – Adultes

**Accident vasculaire cérébral :** diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose intracrânienne ou une hémorragie, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- a. apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- b. nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

*Exclusion :* aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » dans les cas suivants :

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

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

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

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

**Brûlures graves :** diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé un spécialiste.

**Cancer (mettant la vie en danger) :** diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

*Exclusion :* aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- a. lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome *in situ* (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- b. cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- c. tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- d. cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- 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, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- f. leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;

- g. tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.
- h. une récurrence ou une métastase d'un cancer d'origine qui a été diagnostiquée avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.

Pour les besoins du contrat, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7<sup>e</sup> édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Pour les besoins du contrat, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia* (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, *Blood* 46:219, 1975).

*Période moratoire d'exclusion*: aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « cancer » si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'effet de la couverture de l'assuré, ou
- b) la date d'effet de l'augmentation de l'assurance de l'assuré, ou
- c) la dernière date de remise en vigueur de l'assurance,

l'assuré a présenté l'un des éléments suivants :

- a. des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- b. a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Manuvie dans les 180 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Manuvie peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Si la couverture la garantie de l'assuré prend fin, mais que l'assuré est de nouveau couvert par cette garantie, Manuvie utilisera la date la plus récente de la couverture de l'assuré commencée lors de la demande de l'exclusion de la période de moratoire.

**Cécité** : 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.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

**Chirurgie de l'aorte**: intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de toute partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique ou de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

*Exclusion*: aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

**Coma** : diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

*Exclusion*: aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « coma » dans les cas suivants :

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

**Crise cardiaque** : diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne :

l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'infarctus 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 pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

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

*Exclusion* : aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « crise cardiaque » dans les cas suivants :

- a) augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q;
- b) changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

**Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe** : 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 », l'assuré doit être 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 d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de l'assuré dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

**Démence, maladie d'Alzheimer comprise** : diagnostic formel de démence, qui doit être caractérisée par une détérioration progressive de la mémoire et par au moins une des manifestations suivantes touchant les fonctions cognitives :

- a. aphasie (trouble du langage);
- b. apraxie (difficulté à accomplir des tâches courantes);
- c. agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- d. perturbation des fonctions de contrôle supérieures (dites « exécutives ») (par exemple, capacité de pensée abstraite, ainsi que planification, esprit d'initiative, organisation, contrôle et interruption de comportements complexes), ce qui a une incidence sur les activités de la vie quotidienne.

L'assuré doit présenter les signes suivants :

- a. démence de niveau au moins modéré, qui doit être attestée par un mini-examen de l'état mental dont le score est de 20/30 ou moins ou par un ou plusieurs autres examens généralement reconnus par la profession médicale pour l'évaluation des fonctions cognitives et dont le score est équivalent;
- b. détérioration progressive des fonctions cognitives et de la capacité de fonctionner au quotidien attestée par une série de tests cognitifs ou par un examen des antécédents pendant une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

*Exclusion* : aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « démence, maladie d'Alzheimer comprise » dans le cas de troubles affectifs ou schizophréniques, ou encore de délirium.

Pour les besoins du contrat, le mini-examen de l'état mental fait référence au *Mini Mental State Exam* (Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189).

**Greffe d'un organe vital** : intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

**Infection à VIH contractée au travail** : diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la dernière des dates d'effet de la couverture de l'assuré ou de la remise en vigueur de l'assurance.

La prestation exigible au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

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

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

*Exclusion* : aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » dans les cas suivants :

- a. l'assuré a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
  - b. un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

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

### **Maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précis**

Maladie de Parkinson : diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, affection neurologique permanente qui doit être caractérisée par une bradykinésie (lenteur des mouvements) et par au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblements de repos. L'assuré doit présenter des signes objectifs de dégénérescence progressive des fonctions pendant au moins un an et pour lesquels le neurologue traitant a prescrit des médicaments dopaminergiques ou d'autres médicaments généralement reconnus par la profession médicale pour le traitement de la maladie de Parkinson.

Troubles parkinsoniens atypiques précis : diagnostic formel d'une paralysie supranucléaire progressive, d'une dégénérescence cortico-basale ou d'une atrophie multisystématisée.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis doit être posé par un neurologue.

*Exclusion* : aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson ou troubles parkinsoniens atypiques précis » pour tout autre type de parkinsonisme.

*Période moratoire d'exclusion* : aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson ou troubles parkinsoniens atypiques précis » si, dans l'année suivant la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'effet de la couverture de l'assuré, ou
- b) la date d'effet de l'augmentation de l'assurance de l'assuré, ou
- c) la dernière date de remise en vigueur de l'assurance,

l'assuré a présenté l'un des éléments suivants:

- a. des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, d'un trouble parkinsonien atypique précis ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- b. a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Manuvie dans les 180 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Manuvie peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou des troubles parkinsoniens atypiques précis, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou des troubles parkinsoniens atypiques précis ou leur traitement.



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

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

*Exclusion :* aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « méningite purulente » dans le cas d'une méningite virale.

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

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

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

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

*Exclusion :* aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique

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

**Pontage coronarien:** chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'un pontage par greffe. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

*Exclusion :* aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « pontage coronarien » dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

**Remplacement ou réparation valvulaires:** intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à réparer une ou plusieurs valvules cardiaques défailtantes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

*Exclusion :* aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « remplacement ou réparation valvulaires » dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.

**Sclérose en plaques :** diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- a. au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- b. anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 180 jours, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- c. une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

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

**Tumeur cérébrale bénigne:** 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 documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

*Exclusion:* aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm. De plus, aucune prestation ne sera exigible pour une récurrence ou une métastase d'une tumeur d'origine qui a été diagnostiquée avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.

*Période moratoire d'exclusion:* aucune prestation ne sera exigible au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » si, dans les 90 jours suivant la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'effet de la couverture de l'assuré, ou
- b) la date d'effet de l'augmentation de l'assurance de l'assuré, ou
- c) la dernière date de remise en vigueur de l'assurance,

l'assuré a présenté l'un des éléments suivants :

- a. des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou
- b. a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Manuvie dans les 180 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Manuvie 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.

Si la couverture la garantie de l'assuré prend fin, mais que l'assuré est de nouveau couvert par cette garantie, Manuvie utilisera la date la plus récente de la couverture de l'assuré commencée lors de la demande de l'exclusion de la période de moratoire.

## Définitions des affections couvertes – Enfants

La couverture des enfants comprend les affections couvertes dans le cas des adultes de même que les affections ci-après.

**Autisme :** anomalie organique dans le développement du cerveau caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale. Le diagnostic doit avoir été confirmé par un psychiatre pédiatre ou un pédiatre avant le troisième anniversaire de naissance de l'enfant.

**Cardiopathie congénitale :** diagnostic de l'un des troubles cardiaques figurant dans l'une ou l'autre des listes suivantes :

### Liste A

- a) Retour
- b) veineux pulmonaire anormal total
- c) Transposition des gros vaisseaux

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| d) Atrésie d'une valvule cardiaque  | j) Tétralogie de Fallot            |
| e) Coarctation de l'aorte           | k) Syndrome d'Eisenmenger          |
| f) Ventricule unique                | l) Ventricule à double entrée      |
| g) Hypoplasie ventriculaire gauche  | m) Hypoplasie ventriculaire droite |
| h) Ventricule gauche à double issue | n) Maladie d'Ebstein               |
| i) Tronc artériel commun            |                                    |

Les troubles ci-dessus sont couverts si l'assuré survit pendant 30 jours après la date d'établissement du diagnostic ou la date de la naissance, selon la dernière de ces dates. Le diagnostic de tout trouble figurant dans la liste A doit être posé par un cardiologue pédiatre dûment autorisé et être corroboré par les techniques d'imagerie cardiaque appropriées.

#### Liste B

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| a) Sténose pulmonaire                             | d) Communication interventriculaire |
| b) Sténose aortique                               | e) Communication interauriculaire   |
| c) Rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré |                                     |

Les troubles ci-dessus sont couverts seulement si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée pour corriger le trouble en question et si l'assuré survit pendant 30 jours après la date d'établissement du diagnostic ou la date de la naissance, selon la dernière de ces dates. Le diagnostic de tout trouble figurant dans la liste B doit être posé par un cardiologue pédiatre dûment autorisé et être corroboré par les techniques d'imagerie cardiaque appropriées. La chirurgie doit être recommandée par un cardiologue pédiatre dûment autorisé et être effectuée par un chirurgien cardiologue au Canada.

*Exclusion concernant la liste B* : les techniques à base de cathéter comme la valvuloplastie au ballonnet ou la fermeture percutanée de la communication interauriculaire sont expressément exclues.

*Exclusions générales* : toutes les autres cardiopathies congénitales, qui ne sont pas indiquées dans les listes ci-dessus, sont expressément exclues.

**Diabète insulino-dépendant (diabète de type 1)** : diagnostic confirmé de diabète insulino-dépendant caractérisé par une insuffisance totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. Le diagnostic doit être posé par un pédiatre ou un endocrinologue dûment autorisé, détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada, et la dépendance à l'insuline pendant au moins trois mois doit être attestée.

**Dystrophie musculaire** : diagnostic confirmé de dystrophie musculaire qui se manifeste par des anomalies neurologiques bien définies. Le diagnostic doit être corroboré au moyen d'une électromyographie et d'une biopsie musculaire.

**Fibrose kystique** : diagnostic confirmé de fibrose kystique qui se manifeste par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

**Infirmité motrice cérébrale** : diagnostic confirmé d'une infirmité motrice cérébrale, anomalie neurologique non progressive caractérisée par la spasticité et l'incoordination motrice.

**Syndrome de Down** : diagnostic confirmé du syndrome de Down, appuyé par une preuve chromosomique de la trisomie 21.

### La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)

*Les produits et services de l'Assurance collective sont offerts par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). Le nom Manuvie, la lettre « M » stylisée et le nom Manuvie accompagné de la lettre « M » stylisée sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. © La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2021. Tous droits réservés. C. P. 2580, succ. B, Montréal (Québec) H3B 5C6.*