



Assurance en cas de maladies graves de Foresters

Bien Vivre et Bien Vivre Plus – Guide du conseiller

Financière
Foresters 

Aider est notre raison d'être.^{MC}

Rendez-vous sur foresters.com pour découvrir comment nous pouvons vous aider.

Assurance en cas de maladies graves

Le présent guide vise à répondre à vos questions et à vous suggérer des façons de vendre les produits Bien Vivre¹ et Bien Vivre Plus¹. Il est offert à titre informatif seulement. Vous devez vous assurer de décrire correctement aux clients et clients potentiels les caractéristiques des produits en fonction du libellé de la police et des avenants applicables. Vous pouvez consulter un exemple de police au foresters.com/fr-ca/pour-les-conseillers/exemple-de-contrats, ou communiquer avec votre vice-président régional de Foresters ou avec notre équipe interne de soutien aux ventes InsideSalesCanada@foresters.com. Le présent document est destiné aux conseillers seulement et les renseignements qu'il contient ne doivent pas être divulgués au public. Les renseignements présentés dans ce guide sont d'ordre général et sont assujettis au libellé de la police ou de l'avenant applicable. Ce guide mentionne certaines de nos règles administratives en vigueur actuellement. Ces règles ne sont pas contractuelles et pourraient être modifiées.

La Financière Foresters^{MC}, ses employés et ses représentants d'assurance vie ne fournissent pas, au nom de Foresters, de conseils juridiques, fiscaux, ou de planification successorale. Les informations fournies aux présentes reflètent notre interprétation des lois et réglementations actuelles. Les souscripteurs potentiels devraient contacter leur propre conseiller juridique, fiscal ou successoral en fonction de leur situation particulière.

Table des matières

Détails des produits Bien Vivre et Bien Vivre Plus	3	Avenants facultatifs	8
Options de couverture		Exonération des primes en cas d'invalidité	
Âges à l'établissement		Remboursement des primes en cas de rachat ou d'expiration	
Prestations		Avenant d'assurance maladies graves pour enfants	
Maladies graves couvertes		Tarification	11
Période de survie		Exigences de tarification relatives à l'âge et au montant pour l'assurance en cas de maladies graves	
Prestation en cas de maladie ne menaçant pas la vie		Durée de validité des exigences	
Remboursement des primes au décès		Montant total demandé	
Expiration		Date courante	
Primes et paiement des primes	6	Antidatage	
Paliers de primes		Annexe A : Maladies couvertes	12
Facteurs modaux		Annexe B : Maladies couvertes ne menaçant pas la vie	17
Frais de police			
Délai de grâce			
Remise en vigueur			
Autres caractéristiques de la police	6		
Échanges			
Changement de catégorie d'assurance			
Réduction de la prestation			
Exclusions générales			
Annulation d'une police ou d'un avenant			

Détails des produits Bien Vivre et Bien Vivre Plus

Bien Vivre et Bien Vivre Plus prévoient une prestation forfaitaire pouvant être versée après le diagnostic / la confirmation d'une maladie grave couverte. Le régime Bien Vivre a été conçu pour les Canadiens qui cherchent une assurance de base simple et abordable en cas de maladies graves ou souhaitent bénéficier d'une protection en cas de maladies graves sans devoir se soumettre à une tarification médicale approfondie. Le régime Bien Vivre Plus a été conçu pour les Canadiens qui souhaitent bénéficier d'une assurance complète couvrant plus de maladies graves ou pourraient ne pas être admissibles à une assurance Bien Vivre à cause de leurs antécédents médicaux ou familiaux.

Les chances de survivre une maladie grave se sont améliorées grâce aux progrès de la médecine. Par conséquent, il existe un besoin croissant de protection d'assurance visant à aider une personne à se rétablir financièrement tout en se concentrant sur son rétablissement physique après l'apparition d'une maladie grave couverte.

Options de couverture	Bien Vivre et Bien Vivre Plus sont offerts selon les options de couverture suivantes : <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">– Temporaire Bien Vivre de 10 ans</td> <td style="width: 50%;">– Temporaire Bien Vivre Plus de 10 ans</td> </tr> <tr> <td>– Temporaire Bien Vivre de 20 ans</td> <td>– Temporaire Bien Vivre Plus de 20 ans</td> </tr> <tr> <td>– Temporaire Bien Vivre à 80 ans</td> <td>– Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans</td> </tr> </table>			– Temporaire Bien Vivre de 10 ans	– Temporaire Bien Vivre Plus de 10 ans	– Temporaire Bien Vivre de 20 ans	– Temporaire Bien Vivre Plus de 20 ans	– Temporaire Bien Vivre à 80 ans	– Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans																																																																								
– Temporaire Bien Vivre de 10 ans	– Temporaire Bien Vivre Plus de 10 ans																																																																																
– Temporaire Bien Vivre de 20 ans	– Temporaire Bien Vivre Plus de 20 ans																																																																																
– Temporaire Bien Vivre à 80 ans	– Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans																																																																																
Prestations	Bien Vivre et Bien Vivre Plus sont offerts selon les limites d'établissement suivantes : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Régime</th> <th style="width: 35%;">Minimum</th> <th style="width: 35%;">Maximum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bien Vivre</td> <td>25 000 \$</td> <td>100 000 \$</td> </tr> <tr> <td>Bien Vivre Plus</td> <td>25 000 \$</td> <td>2 000 000 \$</td> </tr> </tbody> </table>			Régime	Minimum	Maximum	Bien Vivre	25 000 \$	100 000 \$	Bien Vivre Plus	25 000 \$	2 000 000 \$																																																																					
Régime	Minimum	Maximum																																																																															
Bien Vivre	25 000 \$	100 000 \$																																																																															
Bien Vivre Plus	25 000 \$	2 000 000 \$																																																																															
Âges à l'établissement (au plus proche anniversaire)	Bien Vivre et Bien Vivre Plus sont offerts selon les âges suivants à l'établissement : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Régime</th> <th style="width: 25%;">Âge à l'étab.</th> <th style="width: 25%;">Régime</th> <th style="width: 25%;">Âge à l'étab.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temporaire Bien Vivre de 10 ans</td> <td>18 à 55 ans</td> <td>Temporaire Bien Vivre Plus de 10 ans</td> <td>18 à 65 ans</td> </tr> <tr> <td>Temporaire Bien Vivre de 20 ans</td> <td>18 à 55 ans</td> <td>Temporaire Bien Vivre Plus de 20 ans</td> <td>18 à 55 ans</td> </tr> <tr> <td>Temporaire Bien Vivre de 80 ans</td> <td>18 à 55 ans</td> <td>Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans</td> <td>18 à 65 ans</td> </tr> </tbody> </table>			Régime	Âge à l'étab.	Régime	Âge à l'étab.	Temporaire Bien Vivre de 10 ans	18 à 55 ans	Temporaire Bien Vivre Plus de 10 ans	18 à 65 ans	Temporaire Bien Vivre de 20 ans	18 à 55 ans	Temporaire Bien Vivre Plus de 20 ans	18 à 55 ans	Temporaire Bien Vivre de 80 ans	18 à 55 ans	Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans	18 à 65 ans																																																														
Régime	Âge à l'étab.	Régime	Âge à l'étab.																																																																														
Temporaire Bien Vivre de 10 ans	18 à 55 ans	Temporaire Bien Vivre Plus de 10 ans	18 à 65 ans																																																																														
Temporaire Bien Vivre de 20 ans	18 à 55 ans	Temporaire Bien Vivre Plus de 20 ans	18 à 55 ans																																																																														
Temporaire Bien Vivre de 80 ans	18 à 55 ans	Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans	18 à 65 ans																																																																														
Maladies graves couvertes	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 55%;">Maladie</th> <th style="width: 20%;">Bien Vivre</th> <th style="width: 25%;">Bien Vivre Plus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Anémie aplastique</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>AVC</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr><td>Brûlures graves</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Cancer</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr><td>Cécité</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Chirurgie de l'aorte</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Chirurgie valvulaire</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Coma</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Crise cardiaque</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr><td>Démence, y compris la maladie d'Alzheimer</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Greffe d'un organe vital</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Infection à VIH au travail</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Insuffisance d'un organe vital (en attente d'une greffe)</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Insuffisance rénale</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Maladie du neurone moteur</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Méningite bactérienne</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Paralysie</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Perte de l'autonomie</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Perte de la parole</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Perte d'un membre</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Pontage coronarien</td><td>✓</td><td>✓</td></tr> <tr><td>Sclérose en plaques</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Surdité</td><td></td><td>✓</td></tr> <tr><td>Tumeur cérébrale bénigne</td><td></td><td>✓</td></tr> </tbody> </table> <p>Pour obtenir des descriptions et définitions complètes de ces maladies couvertes, veuillez consulter l'annexe A. Ce guide est un résumé des prestations, des paiements et de certains des droits contractuels, sous réserve des dispositions de la police applicable.</p>			Maladie	Bien Vivre	Bien Vivre Plus	Anémie aplastique		✓	AVC	✓	✓	Brûlures graves		✓	Cancer	✓	✓	Cécité		✓	Chirurgie de l'aorte		✓	Chirurgie valvulaire		✓	Coma		✓	Crise cardiaque	✓	✓	Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		✓	Greffe d'un organe vital		✓	Infection à VIH au travail		✓	Insuffisance d'un organe vital (en attente d'une greffe)		✓	Insuffisance rénale		✓	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		✓	Maladie du neurone moteur		✓	Méningite bactérienne		✓	Paralysie		✓	Perte de l'autonomie		✓	Perte de la parole		✓	Perte d'un membre		✓	Pontage coronarien	✓	✓	Sclérose en plaques		✓	Surdité		✓	Tumeur cérébrale bénigne		✓
Maladie	Bien Vivre	Bien Vivre Plus																																																																															
Anémie aplastique		✓																																																																															
AVC	✓	✓																																																																															
Brûlures graves		✓																																																																															
Cancer	✓	✓																																																																															
Cécité		✓																																																																															
Chirurgie de l'aorte		✓																																																																															
Chirurgie valvulaire		✓																																																																															
Coma		✓																																																																															
Crise cardiaque	✓	✓																																																																															
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer		✓																																																																															
Greffe d'un organe vital		✓																																																																															
Infection à VIH au travail		✓																																																																															
Insuffisance d'un organe vital (en attente d'une greffe)		✓																																																																															
Insuffisance rénale		✓																																																																															
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		✓																																																																															
Maladie du neurone moteur		✓																																																																															
Méningite bactérienne		✓																																																																															
Paralysie		✓																																																																															
Perte de l'autonomie		✓																																																																															
Perte de la parole		✓																																																																															
Perte d'un membre		✓																																																																															
Pontage coronarien	✓	✓																																																																															
Sclérose en plaques		✓																																																																															
Surdité		✓																																																																															
Tumeur cérébrale bénigne		✓																																																																															



Période de survie

Si la personne assurée survit pendant 30 jours sans arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau, une prestation forfaitaire peut être versée après le diagnostic d'une des maladies graves couvertes ou une chirurgie s'y rapportant.

Certaines maladies couvertes peuvent comporter une période de survie plus longue (voir annexe A). Par exemple :

- 90 jours pour une méningite bactérienne accompagnée d'une perte d'autonomie et d'une paralysie
- 6 mois pour la démence ou la maladie d'Alzheimer
- 1 an pour la maladie de Parkinson
- le nombre de jours avant que la sérologie du VIH soit effectuée, tel qu'il est indiqué dans la définition de l'infection à VIH contractée au travail.

Prestation en cas de maladie ne menaçant pas la vie

Nous pouvons verser une prestation en cas de maladie ne menaçant pas la vie si nous recevons une preuve que nous jugeons satisfaisante que la personne assurée :

- a) a reçu un diagnostic ou subi une intervention pour une maladie couverte ne menaçant pas la vie alors que la présente police était en vigueur; et
- b) a survécu jusqu'à la fin de la période de survie.

La prestation en cas de maladie grave ne menaçant pas la vie correspond au moindre de :

- a) 15 % du montant de la prestation; ou
- b) 50 000 \$.

La prestation en cas de maladie grave ne menaçant pas la vie est payable un maximum de deux (2) fois, à condition que chaque paiement soit effectué pour une maladie couverte différente ne menaçant pas la vie. Le versement d'une prestation en cas de maladie grave ne menaçant pas la vie n'entraîne pas la résiliation de la police. La prestation sera réduite du montant de chaque prestation versée pour une maladie ne menaçant pas la vie.

La prestation en cas de maladie grave ne menaçant pas la vie ne sera pas payable si la maladie grave ne menaçant pas la vie survient pendant la période de survie d'une maladie couverte, à moins que la personne assurée n'achève pas cette période de survie.

Les maladies couvertes ne menaçant pas la vie sont les suivantes :

- Angioplastie coronarienne
- Cancer de la prostate à un stade précoce
- Cancer de la thyroïde à un stade précoce
- Carcinome canalaire in situ du sein
- Leucémie lymphoïde chronique à un stade précoce
- Mélanome malin superficiel
- Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1
- Tumeurs stromales gastro-intestinales

Pour une description complète de ces maladies, voir l'annexe B.

Exemple :

Le 23 septembre 2021, le propriétaire souscrit une police temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans de 100 000 \$.
Le 15 juillet 2032, la personne assurée reçoit un diagnostic de cancer de la prostate à un stade précoce. La prestation en cas de maladie grave ne menaçant pas la vie s'élèvera à 15 000 \$.

Prestation x 15 % = prestation en cas de maladie grave ne menaçant pas la vie

$100\,000 \$ \times 15\% = 15\,000 \$$

La prestation restante se chiffre à 85 000 \$.

Remboursement des primes au décès

Nous pouvons rembourser les primes admissibles, sans intérêt, déduction faite de chaque prestation versée par nous en vertu de l'avenant d'assurance maladies graves pour enfants, sur réception d'une preuve, que nous jugeons satisfaisante, du décès de la personne assurée. Le décès doit survenir alors que la police est en vigueur. Nous ne rembourserons pas les primes admissibles si la prestation ou une prestation en cas de maladie ne menaçant pas la vie a été payée en vertu de la police.

Par primes admissibles, on entend la somme des primes que nous avons reçues pour la police, y compris les surprimes et les primes pour chaque avenant. Les primes admissibles n'incluent pas :

- la prime due pour la police exonérée en vertu d'un avenant d'exonération des primes ou d'une garantie similaire, ou qui est autrement exonérée par nous;
- les intérêts;
- les frais de police; ou
- la prime payée pour une autre police, même si cette police est un échange de cette autre police.

Le propriétaire peut désigner un ou plusieurs premiers bénéficiaires et bénéficiaires subsidiaires pour l'avenant de remboursement des primes au décès. Le premier bénéficiaire et le bénéficiaire subsidiaire initiaux, si désignés, sont nommés dans la proposition. Si aucun bénéficiaire ne survit à la personne assurée ou si aucun bénéficiaire n'est désigné, ce paiement sera versé au propriétaire ou à sa succession.

Exemple :

Le 23 septembre 2021, le propriétaire souscrit une police temporaire Bien Vivre à 80 ans de 40 000 \$, contre une prime annuelle de 500 \$.

Le 4 octobre 2035, la personne assurée décède des suites de blessures subies lors d'un accident de voiture. Aucune modification n'avait été apportée à la police entre le 23 septembre 2021 et le 4 octobre 2035. Les primes remboursables seraient de 7 500 \$ et la police serait résiliée.

Prime annuelle x nombre de primes = remboursement
 $500 \$ \times 15 = 7\,500 \$$

Expiration

Une police restera en vigueur jusqu'à la première de ces éventualités :

- l'anniversaire contractuel auquel la personne assurée a 80 ans;
- la date de décès de la personne assurée;
- la date d'effet du rachat, telle qu'elle est indiquée dans nos dossiers; découlant d'une demande de rachat de la police;
- la date à laquelle la police tombe en déchéance, conformément à la disposition sur le délai de grâce; ou
- la date à laquelle la prestation est versée.

Cette police prendra fin et ne sera plus en vigueur après la première des dates ci-dessus, ce qui signifie que notre responsabilité en vertu de celle-ci prendra fin à cette date.



Primes et paiement des primes

Paliers de primes	Régime Bien Vivre Bien Vivre Plus	1^{er} palier 25 000 \$ à 100 000 \$ 25 000 \$ à 100 000 \$	2^e palier 100 001 \$ à 250 000 \$	3^e palier 250 001 \$
Facteurs modaux	Foresters offre des fréquences de paiement des primes autres qu'annuelle. Chaque fréquence de paiement autre qu'annuelle entraînera une prime plus élevée que celle du paiement annuel. Les facteurs modaux sont :			
	Mensuel (PPA) : 0,09	Trimestriel : 0,27	Semestriel : 0,54	
Frais de police	Il n'y a pas de frais de police pour les polices Bien Vivre et Bien Vivre Plus.			
Délai de grâce	Après le paiement intégral de la première prime, nous accorderons un délai de grâce de 31 jours à compter de la date d'échéance de chacune des primes subséquentes. Si le total des primes dues est toujours en souffrance à la fin du délai de grâce, la police tombe automatiquement en déchéance. Si la personne assurée reçoit un diagnostic ou subit une intervention pour une maladie couverte ou une maladie couverte ne menaçant pas la vie pendant le délai de grâce et que la demande de règlement est approuvée, nous déduirons toute prime impayée de la prestation payable. Aucune prestation n'est payable pour une maladie couverte ou une maladie couverte ne menaçant pas la vie si le diagnostic ou le traitement survient alors que cette police n'est pas en vigueur.			
Remise en vigueur	<p>Une police peut être remise en vigueur dans les deux ans suivant sa date de déchéance.</p> <p>La remise en vigueur exige :</p> <p>1) une proposition signée;</p> <p>2) une preuve d'assurabilité en ce qui concerne :</p> <p>a) la santé; et</p> <p>b) d'autres aspects de l'assurabilité de la personne assurée; et</p> <p>3) le paiement de la prime impayée, majorée des intérêts, au taux le plus bas déterminé par nous ou tel que prescrit par la loi applicable.</p> <p>La remise en vigueur est soumise à notre approbation. Si nous approuvons la remise en vigueur de la police, la période moratoire et la période de contestabilité de deux ans recommenceront à compter de la date de la remise en vigueur.</p> <p>Les primes en souffrance seront la somme de ce qui suit :</p> <p>a) les primes totales dues, mais non payées au complet, ou avant la date de la déchéance; plus</p> <p>b) les primes totales qui auraient été dues à compter de la date de la déchéance jusqu'à la date de la remise en vigueur, si la police n'était pas tombée en déchéance.</p>			

Autres caractéristiques de la police

Échanges

Échanges possibles :	
Régime actuel Temporaire Bien Vivre de 10 ans Temporaire Bien Vivre de 20 ans Temporaire Bien Vivre à 80 ans Temporaire Bien Vivre Plus de 10 ans Temporaire Bien Vivre Plus de 20 ans Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans	Régime offert Temporaire Bien Vivre à 80 ans Temporaire Bien Vivre à 80 ans Aucun Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans Aucun

Le droit d'échange est offert à compter du deuxième (2^e) anniversaire contractuel sans fournir de preuve d'assurabilité, sous réserve de nos règles administratives et des conditions suivantes :

- Le propriétaire doit nous présenter une demande d'échange par écrit pas plus de trente (30) jours avant le deuxième (2^e) anniversaire contractuel.
- Les primes doivent être payées jusqu'à la date d'effet de l'échange.
- Si le propriétaire demande une Temporaire Bien Vivre ou Bien Vivre Plus à 80 ans, l'échange doit être effectué avant le cinquième (5^e) anniversaire contractuel ou avant

l'anniversaire contractuel le plus proche du cinquante-cinquième (55^e) anniversaire de la personne assurée, selon la première éventualité.

- La police ne peut pas être échangée si elle avait été établie en vertu du droit d'échange d'une police d'assurance maladies graves antérieure.
- La police ne peut pas être échangée pendant que les primes font l'objet d'une exonération au titre d'un avenant d'exonération des primes. Ce droit d'échange ne peut pas être prolongé s'il expire pendant l'exonération des primes.

La police échangée prendra fin à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police, en vertu du droit d'échange. Les conditions suivantes s'appliqueront à la nouvelle police :

- 1) La nouvelle police sera une Temporaire Bien Vivre ou Bien Vivre Plus à 80 ans que nous offrons au moment de l'échange.
- 2) Les années contractuelles en vertu de la nouvelle police seront calculées à compter de la date d'établissement de la nouvelle police.
- 3) Les conditions et dispositions de la nouvelle police s'appliqueront à compter de la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police, sauf que notre droit de contester la validité de la nouvelle police continuera de s'appliquer à compter de la date d'entrée en vigueur ou de la date de la dernière remise en vigueur de la police faisant l'objet de l'échange, selon la date la plus tardive.
- 4) La preuve d'assurabilité, y compris la proposition de la police échangée et la demande de remise en vigueur, le cas échéant, de la police échangée feront partie de la nouvelle police et nous pourrions les utiliser pour contester la nouvelle police.
- 5) En plus des exclusions de la nouvelle police, chaque exclusion de la police échangée fera partie de la nouvelle police.
- 6) La prestation de la nouvelle police ne peut pas excéder celle de la police échangée au moment de l'échange et elle est assujettie au minimum que nous permettons pour la nouvelle police.
- 7) Tous les avenants joints à la police échangée peuvent être inclus à la nouvelle police, s'ils sont offerts avec la nouvelle police. Un nouvel avenant ne peut être inclus à la nouvelle police qu'avec notre consentement et peut être assujetti à une preuve d'assurabilité.
- 8) Les taux de primes applicables à la personne assurée en vertu de la nouvelle police seront fondés sur :
 - a. le montant de la prestation de la nouvelle police et celui de chacun des avenants dont elle est assortie, le cas échéant;
 - b. l'âge atteint de la personne assurée à la date d'effet de l'échange;
 - c. les taux de prime alors en vigueur pour la nouvelle police et chacun des avenants dont elle est assortie, le cas échéant;
 - d. la catégorie de tarification utilisée pour calculer les primes de la personne assurée aux termes de la nouvelle police et de chaque avenant, le cas échéant;
 - e. la catégorie d'assurance utilisée pour calculer les primes de la personne assurée aux termes de la nouvelle police et de chaque avenant, le cas échéant.

Changement de catégorie d'assurance

Après l'entrée en vigueur d'une police, le propriétaire peut présenter une demande écrite pour changer la catégorie d'assurance de la personne assurée de fumeur à non-fumeur. Nous n'examinerons pas une telle demande plus d'une fois par année. Cette demande est soumise à nos règles administratives et aux conditions suivantes :

- 1) Nous offrons des taux de prime non-fumeur au moment de la demande.
- 2) Le propriétaire présente une preuve d'assurabilité que nous jugeons satisfaisante quant aux habitudes tabagiques de la personne assurée, y compris notre questionnaire sur les habitudes de fumeur. La personne assurée doit satisfaire à notre définition de non-fumeur au moment de la demande.
- 3) À notre demande, le propriétaire soumet d'autres preuves d'assurabilité, notamment une déclaration non médicale sur l'état de santé de la personne assurée, ainsi que d'autres preuves médicales que nous pourrions demander, et nous jugeons le tout satisfaisant.
- 4) Nous nous réservons le droit de facturer des frais que nous déterminons de temps en temps pour les dépenses de tarification. Nous informerons le propriétaire du montant de ces frais avant de traiter une demande.

Un changement de catégorie d'assurance prendra effet à la date d'entrée en vigueur indiquée dans nos dossiers. Nous ajusterons les primes ce jour-là, en fonction de l'âge de la personne assurée à la date d'établissement de la police.

Réduction de la prestation

Le propriétaire peut nous demander de réduire le montant de la prestation, sous réserve de nos règles administratives et des conditions suivantes :

- Les primes sont payées jusqu'à la date d'effet de la réduction.
- La réduction minimale autorisée est de 10 000 \$, et le montant restant de la prestation ne doit pas être inférieur au minimum indiqué dans nos règles administratives.

La prestation réduite prendra effet à la date d'entrée en vigueur indiquée dans nos dossiers. Nous ajusterons les primes à cette date.

Exclusions générales

En plus des exclusions relatives aux maladies couvertes, aux maladies couvertes ne menaçant pas la vie et aux maladies couvertes pour les enfants, le cas échéant, aucune prestation pour une maladie couverte ou une maladie couverte ne menaçant pas la vie ni aucune prestation pour maladie grave d'un enfant ne sera payable si la maladie couverte, la maladie couverte ne menaçant pas la vie ou la maladie couverte pour l'enfant résulte, directement ou indirectement, de l'un des éléments suivants :

- a) une tentative de suicide ou des blessures auto-infligées intentionnellement, que la personne assurée soit ou non atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle comprenne son ou ses actes, ou ait l'intention d'en subir les conséquences;
- b) la participation volontaire à une émeute ou une agitation civile;
- c) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un crime;
- d) la participation à une activité illégale;
- e) une guerre ou un acte de guerre, déclaré(e) ou non;

- f) une exposition à des risques anormaux en raison du service dans les forces armées de tout pays ou de toute association de pays, que la guerre soit déclarée ou non et qu'il s'agisse d'un service actif ou non;
- g) l'administration, l'injection ou la prise intentionnelle d'un médicament, d'un hypnotique ou d'un stupéfiant, sauf s'il est administré sur les conseils d'un médecin, à la fréquence et au dosage prescrits par celui-ci ou, dans le cas d'un médicament légal, non prescrit, selon les recommandations du fabricant;
- h) un accident de véhicule motorisé si la personne assurée conduisait le véhicule motorisé et si :
- sur instruction d'un professionnel de la santé, d'un coroner, d'un organisme d'application de la loi, d'un organisme gouvernemental ou d'un représentant, un test ou un rapport effectué sur la base d'un échantillon prélevé de l'organisme de la personne assurée dans les 24 heures suivant l'accident indique la présence de l'un ou des deux éléments suivants :
 - un stupéfiant dans l'organisme de la personne assurée, quelle que soit la mesure ou la quantité;
 - une concentration d'alcool ou de tétrahydrocannabinol (THC) dans le sang de la personne assurée qui est supérieure à la quantité indiquée dans la législation applicable où l'accident s'est produit, et constitue un délit pour la conduite de ce type de véhicule motorisé.
 - un rapport d'un professionnel de la santé, coroner, organisme d'application de la loi ou d'un gouvernement indique qu'un test a permis de déterminer que la personne assurée conduisait le véhicule motorisé alors qu'elle était en état d'ébriété ou sous l'influence de l'alcool ou d'une substance intoxicante, au-dessus de la limite légale, là où l'accident s'est produit, ou d'un stupéfiant.
- Aux fins de l'exclusion (h), un stupéfiant ne comprend pas un médicament prescrit ou légal, un médicament non prescrit pris selon les recommandations du fabricant et un médicament prescrit pris selon les instructions du médecin autorisé qui l'a prescrit, et de la pharmacie qui l'a délivré, mais comprend les restrictions liées à la conduite d'un véhicule motorisé.
- En plus de ce qui précède, si une police a été établie à la suite de l'exercice d'un droit d'échange, les exclusions de la police échangée s'appliqueront à cette police.

Annulation d'une police ou d'un avenant

Un propriétaire peut résilier une police ou un avenant en nous envoyant une demande écrite. L'annulation prendra effet à la date indiquée dans nos dossiers.

Nous rembourserons la partie non utilisée de la prime si le dernier mode de paiement n'était pas mensuel.

Avenants facultatifs

Le présent guide fournit un sommaire des avenants facultatifs. Pour obtenir tous les détails, consultez les modalités de l'avenant en question qui s'appliquent en cas de divergence avec le présent guide.

Exonération des primes en cas d'invalidité	Âge à l'établissement : 18 à 55 ans																		
	<p>Cette garantie exonère automatiquement la prime mensuelle en cas d'invalidité totale de la personne assurée en vertu de cet avenant. Cet avenant est assujéti à une période d'attente de six mois pendant laquelle la prime doit être payée. Une fois l'exonération des primes approuvée, les primes versées pendant la période d'attente de six mois seront remboursées.</p> <p>Les primes sont payables jusqu'à la première des dates suivantes : l'anniversaire contractuel le plus proche du 65^e anniversaire de la personne assurée ou la fin de la période de paiement des primes pour la police.</p> <p>Cette protection est maintenue jusqu'à l'anniversaire contractuel le plus proche du 65^e anniversaire de la personne assurée. Si nous exonérons la prime mensuelle à l'anniversaire contractuel le plus proche du 65^e anniversaire de la personne assurée, nous continuerons à exonérer la prime selon les modalités de cet avenant tant que la personne assurée sera totalement invalide et que la police restera en vigueur.</p>																		
Remboursement des primes en cas de rachat ou d'expiration	Âge à l'établissement :																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Régime</th> <th>Âge à l'étab.</th> <th>Régime</th> <th>Âge à l'étab.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bien Vivre T10</td> <td>18 à 55 ans</td> <td>Bien Vivre Plus T10</td> <td>18 à 65 ans</td> </tr> <tr> <td>Bien Vivre T20</td> <td>18 à 55 ans</td> <td>Bien Vivre Plus T20</td> <td>18 à 55 ans</td> </tr> <tr> <td>Bien Vivre à 80 ans</td> <td>18 à 55 ans</td> <td>Bien Vivre Plus à 80 ans</td> <td>18 à 65 ans</td> </tr> </tbody> </table>	Régime	Âge à l'étab.	Régime	Âge à l'étab.	Bien Vivre T10	18 à 55 ans	Bien Vivre Plus T10	18 à 65 ans	Bien Vivre T20	18 à 55 ans	Bien Vivre Plus T20	18 à 55 ans	Bien Vivre à 80 ans	18 à 55 ans	Bien Vivre Plus à 80 ans	18 à 65 ans	<p>Nous pouvons verser une prestation au titre de cet avenant au propriétaire ou à sa succession :</p> <p>a) si nous recevons une demande écrite du propriétaire pour le rachat total du contrat d'assurance qui prendra effet à la date de remboursement des primes indiquée dans la demande. Cela s'appelle l'avenant de remboursement des primes en cas de rachat; ou</p> <p>b) si la police prend fin à sa date d'expiration. Cela s'appelle l'avenant de remboursement des primes en cas d'expiration.</p>	
Régime	Âge à l'étab.	Régime	Âge à l'étab.																
Bien Vivre T10	18 à 55 ans	Bien Vivre Plus T10	18 à 65 ans																
Bien Vivre T20	18 à 55 ans	Bien Vivre Plus T20	18 à 55 ans																
Bien Vivre à 80 ans	18 à 55 ans	Bien Vivre Plus à 80 ans	18 à 65 ans																

Remboursement des primes de l'avenant en cas de rachat

Le remboursement des primes en cas de rachat est une prestation facultative. Cette prestation n'est pas payable automatiquement au moment du rachat intégral d'un contrat d'assurance. Cette prestation n'est offerte qu'à la demande écrite du propriétaire pour le rachat intégral du contrat d'assurance qui prendrait effet à la date du remboursement des primes et la demande doit préciser expressément cette prestation. Cette date de remboursement des primes sera aussi la date d'effet du rachat du contrat d'assurance.

La prestation payable au titre de cet avenant est égale au montant de l'avenant pour la période allant de la date d'effet de l'avenant à la date du remboursement des primes applicables, multiplié par le pourcentage applicable selon le tableau ci-dessous, moins chaque prestation versée au titre de l'avenant d'assurance maladies graves pour enfants.

Nombre d'anniversaires de la police depuis la date de l'avenant	%
20	55 %
21	60 %
22	65 %
23	70 %
24	75 %
25+	80 %

Exemple :

Le 23 septembre 2021, le propriétaire souscrit une police temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans de 75 000 \$. La prime annuelle totale, incluant la prime de l'avenant de remboursement des primes en cas de rachat ou d'expiration, s'élève à 1 238,49 \$.

Le 13 septembre 2043, le propriétaire demande le rachat de sa police en date du 23 septembre 2043, date de remboursement des primes. Aucune modification n'avait été apportée à la police entre le 23 septembre 2021 et le 23 septembre 2043. La prestation de remboursement des primes en cas de rachat serait de 17 710,41 \$ et la police serait résiliée.

Prime annuelle x Nombre d'anniversaires de police depuis la date de l'avenant x % = Prestation
1 238,49 \$ x 22 x 0,65 = 17 710,41 \$

Remboursement des primes en cas d'expiration

Le remboursement des primes en cas d'expiration sera payable à la date d'expiration de la police. Le montant payable au titre de cet avenant est égal aux primes de l'avenant pour la période allant de la date d'effet de l'avenant à la date d'expiration de la police, moins chaque prestation versée par nous au titre de l'avenant d'assurance maladies graves pour enfants.

Modalités de paiement de la prestation

Nous paierons la prestation applicable en vertu du présent avenant si :

- pour le remboursement des primes en cas de rachat en vertu du présent avenant, la demande écrite du propriétaire nous demandant cette prestation est reçue, comme indiqué dans nos dossiers, dans les 60 jours avant la date du prochain remboursement et les 30 jours suivant la date du dernier remboursement des primes;
- le propriétaire est toujours en vie à la date du remboursement des primes ou à la date d'expiration de la police, et n'a pas subi un arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau; et
- la police et le présent avenant sont tous deux en vigueur à la date du remboursement des primes ou à la date d'expiration de la police.

Exemple:

Le 23 septembre 2021, le propriétaire, alors âgé de 35 ans, souscrit une Temporaire Bien Vivre Plus à 80 ans de 75 000 \$. La prime annuelle totale, incluant la prime de l'avenant de remboursement des primes en cas de rachat ou d'expiration, s'élève à 1 238,49 \$.

Le 23 septembre 2066, la police expire et le propriétaire demande le remboursement des primes en cas d'expiration. Aucune modification n'avait été apportée à la police entre le 23 septembre 2021 et le 23 septembre 2066. La prestation de remboursement des primes en cas d'expiration serait de 55 732,05 \$ et la police serait résiliée.

Prime annuelle x Nombre d'anniversaires de police depuis la date de l'avenant = Prestation
1 238,49 \$ x 45 = 55 732,05 \$

**Avenant d'assurance
maladies graves
pour enfants**
(offert seulement avec les
polices Bien Vivre Plus)

Âge à l'établissement : 18 à 55 ans

Âge de l'enfant de la personne assurée à l'établissement : 60 jours à 17 ans

L'enfant assuré doit être un enfant biologique, un enfant du conjoint ou un enfant adopté légalement de la personne assurée.

Nous paierons la prestation de l'avenant pour chaque enfant assuré qui a reçu un premier diagnostic d'une maladie couverte par l'avenant. Le paiement de la prestation de l'avenant n'entraînera pas la résiliation de la police ou du présent avenant.

Les primes de cet avenant sont payables pendant vingt (20) ans ou jusqu'à la date à laquelle le présent avenant n'est plus en vigueur, selon la première éventualité. Les primes de cet avenant ne changent pas lorsqu'un enfant est ajouté en tant qu'enfant assuré après la date de la proposition pour le présent avenant.

Maladies couvertes pour les enfants

Paralysie cérébrale désigne un trouble clinique non évolutif caractérisé par une spasticité ou une incoordination des mouvements.

Cardiopathie congénitale signifie l'une des anomalies cardiaques décrites ci-dessous :

- retour veineux pulmonaire anormal total;
- transposition des gros vaisseaux;
- atrésie d'une valvule cardiaque;
- seul ventricule;
- hypoplasie du cœur gauche;
- tronc artériel commun;
- tétralogie de Fallot;
- syndrome d'Eisenmenger;
- anomalie d'Ebstein; et
- ventricule droit ou gauche à double issue.

Les anomalies cardiaques suivantes répondent également à la définition de la cardiopathie congénitale, si une intervention chirurgicale est effectuée pour corriger l'anomalie cardiaque :

- coarctation de l'aorte;
- sténose pulmonaire;
- sténose aortique;
- rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré;
- communication interventriculaire;
- communication interauriculaire.

Le diagnostic doit être corroboré par imagerie cardiaque. La période de survie pour une cardiopathie congénitale est de 30 jours. Pour plus de certitude, les techniques non chirurgicales ou transcathéters, telles que la valvuloplastie percutanée et la fermeture percutanée de la communication interauriculaire, ne sont pas considérées comme des interventions chirurgicales.

Fibrose kystique désigne une affection qui entraîne une maladie pulmonaire chronique ou une insuffisance pancréatique. Le diagnostic doit être confirmé par un test de la sueur positif.

Dystrophie musculaire désigne la dystrophie des muscles squelettiques confirmée par électromyographie et biopsie musculaire. Pour plus de certitude, la maladie d'Aran-Duchenne ne correspond pas à la définition de la dystrophie musculaire.

Diabète type 1 signifie un diabète insulino-dépendant, caractérisé par une carence en insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. La période de survie pour le diabète type 1 est de 90 jours à compter de la date du diagnostic, pendant laquelle il doit y avoir des signes de dépendance à l'insuline pour la survie.

Droit de transformation

Le montant de l'avenant, ou une partie de celui-ci, peut être transformé pour chaque enfant assuré, sans preuve d'assurabilité, en police d'assurance en cas de maladies graves d'un type de régime que nous offrons et qui permet la transformation. Si nous n'offrons aucun autre type de régime au moment de la transformation, nous proposerons un régime qui offrira une protection jusqu'à l'anniversaire contractuel le plus proche du 80^e anniversaire de l'enfant assuré.

La transformation est assujettie aux conditions suivantes :

- a) La transformation doit avoir lieu pendant que l'avenant est en vigueur, et les primes doivent être payées jusqu'à la date d'effet de la transformation.
- b) Le propriétaire doit nous faire parvenir une demande écrite de transformation après le dix-huitième (18^e) anniversaire de l'enfant assuré, mais au plus tard à son vingt-cinquième (25^e) anniversaire.
- c) Si la personne assurée décède avant le vingt-cinquième (25^e) anniversaire de l'enfant assuré, le propriétaire doit nous soumettre une demande écrite de transformation dans les soixante (60) jours suivant le décès de la personne assurée.

La protection d'un enfant assuré en vertu du présent avenant prend fin à la date à laquelle la nouvelle police, sur la tête de cet enfant assuré, prend effet en vertu du droit de transformation.

Les conditions suivantes s'appliqueront à la nouvelle police :

- 1) Les années contractuelles en vertu de la nouvelle police seront calculées à compter de la date d'établissement de la nouvelle police.
- 2) La preuve d'assurabilité de cet enfant assuré fera partie de la nouvelle police, et nous pouvons nous en servir pour contester la nouvelle police.
- 3) Chaque exclusion applicable au présent avenant au plus tard à la date d'effet de la transformation fera partie de la nouvelle police.
- 4) La prestation en vertu de la nouvelle police ne peut pas être inférieure au minimum permis pour le nouveau régime d'assurance, et elle ne peut pas dépasser 50 000 \$ ou deux (2) fois la prestation de l'avenant, sauf lorsque cela est nécessaire pour atteindre le minimum du nouveau régime. Le total des prestations combinées pour les contrats établis dans le cadre de la transformation d'un avenant d'assurance en cas de maladie grave pour enfants ne peut pas dépasser 50 000 \$.
- 5) Les taux de prime applicables à l'enfant assuré en vertu de la nouvelle police seront fondés sur les éléments suivants :
 - a) le montant d'assurance de la nouvelle police;
 - b) l'âge atteint de l'enfant assuré au moment de la transformation;
 - c) les taux de primes alors en vigueur pour la nouvelle police d'assurance;
 - d) la catégorie d'assurance utilisée pour calculer les primes de l'enfant assuré aux termes de la nouvelle police. La catégorie d'assurance fumeur standard s'appliquera à l'enfant assuré, à moins que le propriétaire ne présente une preuve d'assurabilité que nous jugeons satisfaisante du statut de non-fumeur de l'enfant. L'enfant assuré doit répondre à notre définition de non-fumeur au moment de la demande.
- 6) Les avenants ne peuvent être inclus à la nouvelle police qu'avec notre consentement et peuvent être assujettis à une preuve d'assurabilité.

Tarification

Exigences de tarification relatives à l'âge et au montant pour l'assurance en cas de maladies graves

Montant	18 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 à 55 ans	56 à 60 ans	61 à 65 ans
Jusqu'à 100 000 \$	NM	NM	NM	NM	NM	NM
100 001 \$ à 250 000 \$	SV UVIH	SV PS	SV PS	SV PS	PM PS	PM PS DMT
250 001 \$ à 500 000 \$	SV PS DMT	PM PS DMT	PM PS DMT	PM PS DMT	PM PS DMT	PM PS DMT
500 001 \$ à 1 000 000 \$	PM PS DMT	PM PS DMT	PM PS DMT	PM PS DMT	PM PS DMT	PM PS DMT
1 000 001 \$ à 2 000 000 \$	PM PS DMT	PM PS ECG DMT	PM PS ECG DMT	PM PS ECG DMT	PM PS ECG DMT	PM PS ECG DMT

NM = non médicales, PM = paramédicales, SV = signes vitaux, PS = Profil sanguin (y compris test d'urine APS*), ECG = électrocardiogramme au repos, DMT = déclaration du médecin traitant

* L'antigène prostatique spécifique (APS) est requis pour les hommes de plus de 50 ans qui demandent une assurance en cas de maladie grave lorsque le profil sanguin (PS) fait partie des exigences.

Durée de validité des exigences

- L'examen paramédical (PM), l'examen médical (EM), les signes vitaux (SV), les tests de laboratoire (profils sanguins [PS]), urine et échantillons d'urine pour le dépistage du VIH [UVIH]) et le dossier de conduite automobile (DCA) sont valides pendant un maximum de six (6) mois à compter de leur date d'exécution.
- L'électrocardiogramme au repos (ECG), l'électrocardiogramme sur tapis roulant (ETR) et le rapport d'inspection (RI) sont valides pendant un

maximum de douze (12) mois à compter de leur date d'exécution.

- En ce qui concerne les risques aggravés, nous nous réservons le droit de demander des exigences plus récentes que ce qui est indiqué ci-dessus.

Montant total demandé

- Les exigences de tarification sont pour le montant total d'assurance demandé à Foresters au cours des six derniers mois. Les exigences satisfaites précédemment

ne devraient pas être répétées lorsqu'elles sont encore valables, comme décrit à la section « Durée de validité des exigences » ci-dessus.

- Si le proposant demande une assurance Bien Vivre Plus et une assurance vie, commandez les exigences les plus rigoureuses des deux; ne combinez pas les capitaux assurés.
- Si le proposant soumet simultanément une proposition d'assurance à d'autres assureurs, lorsque les exigences en matière d'âge et de montant dépassent les exigences du tableau ci-dessus, nous nous réservons le droit de demander toute exigence supplémentaire que d'autres assureurs pourraient avoir.

Date courante

Toutes les polices porteront la date courante.

Antidatage

Les demandes de datation particulières doivent être fournies avec la proposition ou au moins avant l'approbation de la police. Sous réserve de l'approbation du Service de tarification, afin de conserver un âge plus jeune, Foresters peut antidater une police d'un maximum de 30 jours avant la date de la proposition. Foresters utilisera la date courante à moins qu'on lui demande explicitement de conserver l'âge.

Annexe A : Maladies couvertes

Les maladies, affections, chirurgies et troubles décrits ci-dessous sont couverts :

La **chirurgie de l'aorte** se définit comme étant une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette affection pour :

- les angioplasties;
- les interventions intra-artérielles;
- les interventions par transcathéter percutané;
- les interventions non chirurgicales.

L'**anémie aplasique** se définit comme étant un diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse, qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

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

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

La **méningite bactérienne** se définit comme étant un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence desdites bactéries doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique médicalement accepté. La méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente police, les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter, une perte auditive mesurable, une perte de vision mesurable, des changements mesurables de la fonction neuro-cognitive, une perte objective de sensation, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté d'élocution), la dysphagie (difficulté de déglutition), une démarche déficiente (difficulté de marche), une difficulté d'équilibre, un manque de coordination ou de nouvelles crises en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « méningite bactérienne » dans le cas d'une méningite virale.

La **tumeur cérébrale bénigne** se définit comme étant un diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. L'assuré(e) doit avoir subi une intervention chirurgicale ou une radiothérapie ou la tumeur doit avoir provoqué des déficits neurologiques objectifs irréversibles.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Aux fins de la présente police, les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter, une perte auditive mesurable, une perte de vision mesurable, des changements mesurables de la fonction neuro-cognitive, une perte objective de sensation, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté d'élocution), la dysphagie (difficulté de déglutition), une démarche déficiente (difficulté de marche), une difficulté d'équilibre, un manque

de coordination ou de nouvelles crises en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette affection pour :

- les adénomes pituitaires de moins de 10 mm;
- les malformations vasculaires;
- les cholestéatomes;
- les tumeurs contagieuses ou inflammatoires.

Aucune prestation ne sera versée pour cette affection pendant la période du moratoire si l'assuré(e) présente l'un ou l'autre des éléments qui suivent :

- un signe, un symptôme ou un examen menant, directement ou indirectement, à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non couverte par la police), quel que soit le moment où le diagnostic est posé;
- un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non couverte par cette police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Société dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, la Société 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.

La **cécité** se définit comme étant un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, démontrée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux;
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Le **cancer** se définit comme étant un diagnostic formel de tumeur maligne. La tumeur 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 et confirmé par un rapport de pathologie.

Aux fins de la présente police :

- Le cancer de la prostate au stade T1a ou T1b désigne une tumeur cliniquement inapparente qui n'était pas palpable à l'examen rectal digital et a été trouvée accidentellement dans le tissu prostatique réséqué.
- Le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales » (TSGI) de stade 1 selon la classification de l'AJCC s'entend :

- de TSGI gastriques et épiploïques d'au plus 10 cm et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm² ou 50 par CFG;
- de TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine d'au plus 5 cm et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm² ou 50 par CFG.

- Les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et AJCC de stade 1 sont définis dans le manuel de stadification du cancer de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 8^e édition, 2018.
- Le terme Rai stade 0 est défini dans K.R. Rai, A. Sawitsky, E.P. Cronkite, A.D. Chanana, R.N. Levy et B.S. Pasternack, « Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia », *Blood*, 1975, n° 46, p. 219.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette affection pour ce qui suit :

- des lésions décrites comme bénignes, non invasives, pré-malignes, de potentiel malin faible et (ou) incertain, à la limite de la malignité, carcinome in situ, ou les tumeurs classées comme Tis ou Ta;
- un mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, sauf s'il est ulcéré ou s'il est accompagné d'un ganglion lymphatique ou d'une métastase;
- tout cancer de la peau autre qu'un mélanome, sans ganglion lymphatique ni métastase. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoïde ou le carcinome à cellules de Merkel;
- un cancer de la prostate classé comme T1a ou T1b, sans ganglion lymphatique ni métastase;
- un cancer papillaire de la thyroïde ou un cancer folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont la plus grande dimension est inférieure ou égale à 2,0 cm et qui est classé comme T1, sans ganglion lymphatique ni métastase;
- une leucémie lymphocytaire chronique classée au stade Rai 0 sans hypertrophie des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie et avec un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- des tumeurs stromales gastro-intestinales classées comme AJCC de stade 1;
- des tumeurs neuroendocrines de grade 1 (carcinoïdes) confinées à l'organe affecté, traitées uniquement par chirurgie et ne nécessitant aucun traitement supplémentaire, autre que des médicaments pour contrecarrer les effets de la sursécrétion hormonale par la tumeur;
- des thymomes (stade 1) confinés au thymus, sans preuve d'invasion dans la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Aucune prestation ne sera versée pour cette affection pendant la période du moratoire si l'assuré(e) présente l'un ou l'autre des éléments qui suivent :

- un signe, un symptôme ou un examen menant, directement ou indirectement, à un diagnostic de cancer (couvert ou non couvert par cette police), quel que soit le moment où le diagnostic est posé;
- un diagnostic de cancer (couvert ou non couvert par cette police).

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

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette affection pour :

- un coma médicalement induit;
- un coma qui résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues;
- un diagnostic de mort cérébrale.

Le **pontage aortocoronarien** se définit comme étant une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette affection pour :

- les angioplasties;
- les interventions intra-artérielles;
- les interventions par transcathéter percutané;
- les interventions non chirurgicales.

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

La **démence, y compris la maladie d'Alzheimer** se définit comme étant un diagnostic formel de démence, qui doit se caractériser par la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- l'aphasie (un trouble de la parole);
- l'apraxie (difficulté à effectuer des tâches courantes);
- l'agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- la perturbation des fonctions exécutives (p. ex.,

incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe), qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'assuré(e) doit présenter :

- une démence de gravité au moins modérée, qui doit être démontrée par un mini-examen de l'état mental 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;
- 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 un historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette affection pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Aux fins de la police, la référence au mini-examen de l'état mental renvoie à Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R., *J Psychiatry Res.*, 1975, vol. 12, n° 3, p. 189.

La **crise cardiaque** (infarctus aigu du myocarde) se définit comme étant un diagnostic formel de mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance d'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 :
 - des symptômes de crise cardiaque;
 - des changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
 - l'apparition de nouvelles ondes Q à l'ECG après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie et (ou) une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette affection pour :

- des changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur;
- d'autres syndromes coronariens aigus, y compris l'angine de poitrine et l'angine instable;
- des marqueurs biochimiques cardiaques élevés et (ou) des symptômes imputables à des interventions médicales ou à des diagnostics autres qu'une crise cardiaque.

Le **remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque** se définit comme étant une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les

défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette affection pour :

- les angioplasties;
- les interventions intra-artérielles;
- les interventions par transcathéter percutané;
- les interventions non chirurgicales.

L'**insuffisance rénale** se définit comme étant un 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.

La perte d'autonomie se définit comme étant un diagnostic formel de l'incapacité totale, due à une maladie ou à une blessure, d'effectuer soi-même :

- avec ou sans l'aide d'appareils fonctionnels, au moins 3 des 6 activités de la vie quotidienne énumérées ci-dessous, pendant une période continue d'au moins 90 jours, sans espoir raisonnable de rétablissement, et
- le diagnostic doit être posé par un médecin et appuyé par une évaluation indépendante des soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou l'équivalent.

Les activités de la vie quotidienne sont les suivantes :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- s'habiller : mettre et enlever ses vêtements, y compris les orthèses, les membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux;
- se servir des toilettes : aller aux toilettes et en revenir, et assurer son hygiène personnelle;
- être continent : gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se mettre au lit et se lever, s'asseoir sur une chaise ou un fauteuil roulant et s'en relever;
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Aucune période de survie additionnelle ne s'applique si l'assuré(e) satisfait aux conditions décrites ci-dessus.

La **perte de membres** se définit comme étant un diagnostic formel de séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville ou au-dessus à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

La **perte de l'usage de la parole** se définit comme étant un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler à la 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 payable au titre de cette affection pour toute cause d'ordre psychiatrique.

La **défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe** se définit comme étant un diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », l'assuré(e) doit être inscrit(e) 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(e) dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

La **greffe d'un organe vital** se définit comme étant une 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(e) 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.

La **maladie des motoneurones** se définit comme étant un diagnostic formel de l'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive, ou paralysie pseudo-bulbaire, qui se limitent à ces maladies. Le diagnostic de maladie des motoneurones doit être posé par un spécialiste.

La **sclérose en plaques** se définit comme étant un diagnostic formel d'au moins un des événements suivants survenant après la date d'entrée en vigueur ou la date de la dernière remise en vigueur de la présente police :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, laissant voir des lésions multiples de démyélinisation;
- une seule poussée, accompagnée de déficits neurologiques objectifs durant plus de 6 mois, confirmés par une IRM du système nerveux, laissant voir des lésions multiples de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux, laissant voir de nouvelles lésions multiples de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée pour ce qui suit :

- la sclérose solitaire;
- le syndrome clinique isolé;
- le syndrome radiologiquement isolé;
- les troubles du spectre de la neuromyéélite optique aiguë;
- la sclérose en plaques soupçonnée ou la sclérose en plaques probable.

Exclusion d'un an – Aucune prestation ne sera payable au titre de cette affection si, dans la première année suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré(e) :

- présente des signes, des symptômes ou un examen menant, directement ou indirectement, à un diagnostic de sclérose en plaques (couvert ou non couvert par la présente police), quel que soit le moment où le diagnostic est posé;
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couvert ou non couvert par la présente police).

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

L'infection à VIH contractée au travail se définit comme étant un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré(e) à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il (elle) exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de la prise d'effet de la présente police ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente police si cette date est ultérieure.

La prestation relative à cette affection n'est payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a) la blessure accidentelle doit nous être signalée à l'assureur 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 ou aux États-Unis;
- e) la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail du Canada ou des États-Unis.

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

Exclusions : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette affection si :

- l'assuré(e) a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était offert avant la blessure accidentelle;
- l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, notamment par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

La **paralysie** se définit comme étant un diagnostic formel de 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.

La **maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques** se définissent comme étant un diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. L'assuré(e) doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Syndrome parkinsonien atypique : diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique. Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue.

Exclusions d'un an – Aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou aux syndromes parkinsoniens atypiques

n'est payable si, dans l'année qui suit l'événement le plus récent parmi les suivants : la date d'entrée en vigueur de la présente police ou la date de la dernière remise en vigueur de la présente police, l'assuré(e) :

- a présenté des signes ou des symptômes ou subi des examens menant à un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre parkinsonisme, sans égard à la date du diagnostic;
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, d'un syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Société dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Société peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » pour tout autre type de parkinsonisme.

Les **brûlures graves** se définissent comme étant un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

L'**AVC** (accident vasculaire cérébral entraînant des déficits neurologiques persistants) se définit comme étant un diagnostic formel d'un grave accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes ou par une embolie avec :

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

Le diagnostic d'AVC doit être posé par un spécialiste.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payée au titre de cette affection pour :

- les accidents ischémiques transitoires;
- les accidents vasculaires intracérébraux causés par un traumatisme;
- les troubles ischémiques du système vestibulaire;
- la destruction du tissu du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vision de cet œil;
- les infarctus lacunaires qui ne satisfont pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

Annexe B : Maladies couvertes ne menaçant pas la vie

La **leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai** se définit comme étant un diagnostic formel de leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai. Aux fins de la présente police, le terme stadification de Rai doit être appliqué conformément à la définition donnée dans K.R. Rai, A. Sauwsky, E.P. Conkite, A.D. Chanana, R.N. Levy et B.S. Pasternack, « Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia », *Blood*, 1975, n° 46, p. 219. Le diagnostic de la maladie doit être posé par un spécialiste

Aucune prestation n'est payable pour une lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS).

L'**angioplastie coronarienne** se définit comme étant une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Le **carcinome canalaire in situ du sein** se définit comme étant un diagnostic formel de carcinome canalaire in situ du sein. Le diagnostic de la maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par une biopsie.

Le **cancer papillaire de la thyroïde ou cancer folliculaire de la thyroïde de stade T1** se définit comme étant un diagnostic formel de cancer papillaire de la thyroïde ou de cancer folliculaire de la thyroïde, ou des deux, d'au

plus 2 cm de diamètre qui est au stade T1, sans ganglion lymphatique ni métastases. Le diagnostic de la maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par une biopsie.

Le **cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b)** se définit comme étant un diagnostic formel de cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b). Le diagnostic de la maladie doit être posé par un spécialiste.

Le **mélanome malin de stade 1** se définit comme étant un diagnostic formel de mélanome malin de stade 1A ou 1B d'au plus 1,0 mm de profondeur, non ulcéré. Le diagnostic de la maladie doit être posé par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera versée pour le mélanome malin in situ.

Les **tumeurs stromales gastro-intestinales** se définissent comme étant des tumeurs de stade 1 selon l'AJCC. Le diagnostic de la maladie doit être posé par un spécialiste.

Les **tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1** se définissent comme étant des tumeurs limitées à

l'organe touché, traitées uniquement par chirurgie et ne nécessitant aucun traitement supplémentaire, autre que des médicaments pour contrecarrer les effets de la sursécrétion hormonale par la tumeur. Le diagnostic de la maladie doit être posé par un spécialiste.

Aux fins des maladies couvertes ne menaçant pas la vie, les termes :

- a) Tis, Ta, T1a, T1b, T1, degré 1 et stade 1 de l'AJCC doivent être appliqués conformément à la définition qui en est donnée dans le manuel de stadification du cancer de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 8^e édition, 2010.
- a) Les stades de Rai doivent être appliqués conformément à la définition qui en est donnée dans K.R. Rai, A. Sauwsky, E.P. Conkite, A.D. Chanana, R.N. Levy et B.S. Pasternack, « Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia », *Blood*, 1975, n° 46, p. 219.

La Financière Foresters, Foresters et Aider autrui est notre raison d'être sont des noms commerciaux et/ou des marques de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers (une société de secours mutuel, 789, chemin Don Mills, Toronto, Canada M3C 1T9) et de ses filiales. NC229

¹ Établie par la Compagnie d'assurance vie Foresters.

505338 FR 11/20