# Randstad Avantage

## Assurance contre les maladies graves

Contrat numéro : 17880

À effet du : 1er novembre 2023

Nous fournissons le texte suivant exclusivement pour que vous puissiez vous y reporter facilement. Il est incomplet et ne comprend pas les Particularités du contrat. Nous apportons périodiquement des modifications au libellé des certificats et, par conséquent, cet échantillon incomplet peut ne pas reproduire le libellé d'un certificat réellement émis. Il ne doit pas être considéré ni interprété comme étant un contrat ou une promesse de contrat. Le certificat réel émis pour un membre donné déterminera cette relation.

**Ce contrat contient des renseignements importants pour vous.** Il décrit les garanties prévues par votre contrat établi avec la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian Canada).

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada. Les garanties sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

SPÉCIMEN

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada. Les polices d'assurance sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian Canada) convient de payer les garanties de ce contrat conformément à ses dispositions.

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada.

Fait à Toronto (Ontario)

**Nigel Branker**
**Chef de la direction**

**Deliska Beauregard**
**Directrice juridique et secrétaire de la compagnie**

**CE DOCUMENT RENFERME D'IMPORTANTS RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ASSURANCE.**

**VEUILLEZ LE CONSERVER EN LIEU SÛR.**

**Des questions?** Nous sommes là pour vous aider. Pour parler à un représentant du Centre de service à la clientèle de la Compagnie qui vous renseignera sur votre couverture, appelez sans frais au 1-877-363-2773 ou visitez notre site Web à l'adresse *www.securiancanada.ca/fr*.

Dans ce document, « vous » désigne le propriétaire de ce contrat. « Nous » et « la compagnie » désignent Securian Canada.

**Nous vous prions de lire ce contrat attentivement.** Vous y trouverez une description des garanties payables ainsi que des exclusions et des réductions relatives à la couverture. Les termes courants du domaine de l'assurance sont expliqués plus loin dans le contrat sous le titre *Termes utilisés en assurance*.

**Le présent contrat contient une clause qui élimine ou restreint le droit de l'assuré (propriétaire) de désigner des personnes à qui ou au bénéfice de qui des prestations d'assurance sont payables.**

Ce contrat n'est pas un contrat avec participation. Il ne vous donne pas le droit de recevoir des participations.

SPÉCIMEN

# Table des matières

Termes utilisés en assurance ..... 2
Conditions générales ..... 3
Maladies graves couvertes ..... 5
Prestation d'assurance contre les maladies graves ..... 13
Demandes de règlement ..... 15
Paiement de votre contrat ..... 17
Dispositions légales ..... 18

SPÉCIMEN

# Termes utilisés en assurance

Les explications suivantes vous aideront à comprendre certains termes utilisés dans le domaine de l'assurance, qui peuvent ou non s'appliquer à votre contrat.

**Accident**

Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

**Bénéficiaire de la prestation d'assurance contre les maladies graves**

La personne ou les personnes que vous désignez par écrit comme devant recevoir la prestation d'assurance contre les maladies graves.

**Preuves d'assurabilité**

Les renseignements médicaux, antécédents médicaux personnels et familiaux, ainsi que les renseignements financiers et relatifs au style de vie dont l'assureur peut avoir besoin pour approuver votre demande d'assurance.

**Anniversaire du contrat**

Le jour et le mois qui, chaque année, coïncident avec la date d'entrée en vigueur du contrat.

**Date du contrat**

La date où votre contrat d'assurance entre en vigueur. Cette date est indiquée à la page des Particularités du contrat.

**Maladie**

S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.

**Prime**

Le montant payé pour acheter un contrat d'assurance et le maintenir en vigueur.

SPÉCIMEN

# Conditions générales

## Si vous changez d'avis dans un délai de 30 jours

Vous pouvez nous demander par écrit d'annuler votre contrat à la première des dates suivantes :

- dans les 30 jours suivant la date où vous l'avez reçu, ou
- dans les 60 jours qui suivent l'établissement du contrat.

Lorsque nous recevrons votre demande par écrit, nous vous rembourserons le montant que vous aviez payé. C'est ce que nous appelons une annulation de contrat.

Nous considérons que vous avez reçu votre contrat 5 jours après son expédition de notre bureau.

La décision d'annuler votre contrat est un droit personnel; il vous appartient en propre. La résiliation a des effets à votre égard et à l'égard des bénéficiaires que vous avez nommés, qu'ils soient révocables ou irrévocables.

Toutes les obligations que nous avions assumées en vertu du contrat prennent fin immédiatement lorsque nous recevons votre demande d'annulation de contrat.

Pour mettre fin à votre contrat, contactez notre Centre de service à la clientèle, sans frais au 1-877-363-2773.

## Contestation du contrat

Les dispositions sur l'incontestabilité prévues dans les lois sur les assurances des provinces ou territoires s'appliquent au présent contrat.

### Délai s'appliquant à la contestabilité

Nous ne pouvons pas contester la validité du contrat lorsqu'il a été continuellement en vigueur pendant 2 ans à compter de la date où il a pris effet ou de la date de sa dernière remise en vigueur, selon la plus récente de ces dates. Si le contrat est modifié en vue d'augmenter ou de modifier une garantie ou d'améliorer une surprime, nous ne pouvons pas contester la validité de la modification lorsqu'elle a été continuellement en vigueur pendant 2 ans à compter de la date où elle a pris effet ou de la date de la dernière remise en vigueur du contrat, selon la plus récente de ces dates.

### Exception au délai s'appliquant à la contestabilité

Nous pouvons contester la validité du contrat ou d'une modification n'importe quand en cas de fraude ou dans les situations mettant en cause une garantie en cas d'invalidité.

## Pour demander une modification de contrat

Vous pouvez demander l'augmentation ou la réduction de la prestation d'assurance contre les maladies graves, selon nos règles en ce qui concerne l'âge de la personne assurée et le montant d'assurance.

SPÉCIMEN

Pour toute modification de contrat, nous pouvons demander de nouvelles preuves d'assurabilité. Votre demande doit être soumise sous une forme que nous jugeons acceptable et elle doit respecter nos règles administratives. Si nous acceptons votre demande, nous modifierons votre contrat en conséquence.

Nous exigeons aussi des frais d'opération si vous apportez une modification à votre contrat et nous déterminons le montant de tous frais que nous exigeons.

## Droit de mettre fin au contrat (résiliation)

Vous pouvez mettre fin à ce contrat n'importe quand. Votre contrat prendra fin à la date où nous recevrons votre demande ou à n'importe quelle date ultérieure que vous aurez indiquée dans votre demande. Toutes les obligations que nous avions assumées aux termes du contrat prennent fin à cette date. La résiliation a des effets à votre égard et à l'égard des bénéficiaires que vous avez nommés, qu'ils soient révocables ou irrévocables.

Pour mettre fin à votre contrat, contactez notre Centre de service à la clientèle, sans frais au 1-877-363-2773.

Si vous mettez fin à votre contrat dans les 30 premiers jours suivant la date où vous l'avez reçu, nous traiterons cette demande comme une annulation de contrat. Nous l'expliquons plus haut dans votre contrat sous le titre *Si vous changez d'avis dans un délai de 30 jours.*

## Fin du contrat

Si votre contrat n'a pas pris fin pour une des raisons que nous avons déjà mentionnées, il prendra fin automatiquement à la date du décès de la personne assurée ou à la date de fin de contrat indiquée à la page des Particularités du contrat, si celle-ci est antérieure.

Après la date de fin du contrat, aucune prestation n'est payable en vertu de ce contrat.

## Notre contrat avec vous

À partir de la date d'entrée en vigueur de votre contrat, les documents suivants forment l'ensemble de notre contrat avec vous :

- votre demande d'assurance, y compris les preuves d'assurabilité, et
- le présent document contractuel, aussi appelé police (qui comprend la page des Particularités du contrat).

Toutes nos obligations envers vous sont contenues dans les documents précités. Aucun autre document ne fait partie du contrat, pas plus que les déclarations verbales quelles qu'elles soient. Aucune modification de ce contrat ou d'une partie quelconque de ce contrat ni aucune renonciation à l'une de ses dispositions n'est valable sans une modification écrite signée par deux dirigeants dûment autorisés de la compagnie.

## Monnaie du contrat

Tous les montants cités dans ce contrat sont en dollars canadiens.

## Transfert du contrat (cession)

Il est possible que vous puissiez transférer à quelqu'un d'autre les droits que vous donne ce contrat en le cédant à cette personne. Nous ne sommes pas responsables de la validité juridique de la cession. Si vous cédez le contrat, contactez notre Centre de service à la clientèle, sans frais au 1-877-363-2773.

SPÉCIMEN

# Maladies graves couvertes

Ce contrat couvre uniquement les maladies graves qui y sont décrites. Les maladies, les affections ou les interventions qui ne sont pas explicitement mentionnées ne sont pas couvertes. Pour avoir droit au paiement d'une prestation d'assurance maladies graves, on doit remplir toutes les exigences relatives à une maladie grave couverte et le présent contrat doit être en vigueur.

Le diagnostic et le traitement de toute maladie grave couverte par l'assurance doivent être faits par un médecin spécialiste autorisé à pratiquer au Canada. Un médecin spécialiste est un médecin qui détient un permis d'exercice et a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. S'il est impossible de consulter un médecin spécialiste, une affection peut être diagnostiquée par un autre médecin qualifié sous réserve de notre approbation.

Le diagnostic, le traitement, les tests ou examens effectués afin de satisfaire à la définition de la maladie grave couverte ne peuvent être effectués par un médecin spécialiste ou un professionnel de la médecine qui est :

- le propriétaire du contrat
- une personne assurée par le contrat
- une personne qui a le droit de faire une demande de prestation aux termes de ce contrat, ou
- un membre de la famille ou un partenaire d'affaires de ces personnes.

Chaque définition de maladie grave couverte comporte une période de survie. La période de survie ne comprend pas le nombre de jours de maintien artificiel des fonctions vitales*. La personne assurée doit être en vie à la fin de cette période et ne doit pas avoir subi l'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales.

* **Maintien artificiel des fonctions vitales** s'entend de la situation où la personne assurée est sous les soins d'un médecin ou médecin spécialiste autorisé et est maintenue en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire lorsqu'un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

## Accident vasculaire cérébral

Un accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic formel d'un accident vasculaire aigu se produisant dans le cerveau et causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

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

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

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

SPÉCIMEN

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

*Exclusion :*

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

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

## Brûlures sévères

Les brûlures sévères sont définies comme le diagnostic formel de brûlures au troisième degré sur au moins 20% de la surface du corps.

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

## Cancer

Le cancer est défini comme le diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

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

*Exclusions :*

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

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour les types de cancer ne mettant pas la vie en danger :

- carcinome in situ,
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V),
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

*Période moratoire d'exclusion :*

Aucune prestation ne sera payable relativement au cancer et la couverture de la personne assurée en ce qui concerne le cancer prendra fin dans les 90 jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat,
- la date d'effet du contrat,

SPÉCIMEN

- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat, la personne assurée :
  - a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu aux termes de ce contrat), sans égard à la date du diagnostic, ou
  - a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu au titre de ce contrat).

Si la couverture de la personne assurée relative au cancer prend fin, la couverture prévue pour toutes les autres affections couvertes demeure toutefois en vigueur.

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

## Cécité

La cécité est définie comme un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

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

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

## Chirurgie coronarienne

La chirurgie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale au cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire, à l'exclusion de toute intervention non chirurgicale ou utilisant un cathéter, comme l'angioplastie percutanée ou la désobstruction au laser.

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

## Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte et qui nécessite l'excision de l'aorte et son remplacement par greffon. Par « aorte », on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

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

## Coma

Le coma est défini comme le diagnostic formel d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant au moins 96 heures consécutives. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant ces 96 heures.

SPÉCIMEN

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

*Exclusion :*

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

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

## Crise cardiaque

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

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

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

*Exclusions :*

La crise cardiaque ne comprend pas :

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

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

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

La date du diagnostic est la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de transplantation.

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

SPÉCIMEN

## Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est définie comme le diagnostic formel d'une défaillance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou de dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

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

## Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est définie comme le diagnostic formel d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social, et nécessitant une surveillance journalière de 8 heures au minimum.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

*Exclusion :*

Aucune prestation ne sera payable pour tous les autres désordres organiques du cerveau de type démentiel ni pour des maladies psychiatriques.

## Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est définie comme le diagnostic formel de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales).

Le diagnostic de maladie de Parkinson doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit remplir les conditions énoncées ci-dessus et survivre pendant 30 jours après la date où toutes ces conditions sont remplies.

*Exclusion :*

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour tout autre type de parkinsonisme.

## Paralysie

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

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

## Perte d'autonomie

La perte d'autonomie est définie comme le diagnostic formel :

- d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie courante, ou
- d'une déficience cognitive telle que définie ci-après,

SPÉCIMEN

pour une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie courante sont :

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

La déficience cognitive est définie comme la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un médecin spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'un minimum de 8 heures par jour.

L'établissement de la déficience cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des déficiences.

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

*Exclusion :*

Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

## Perte de la parole

La perte de la parole est définie comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole à la suite d'une blessure ou maladie physique pendant une période d'au moins 180 jours.

Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un médecin spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 180 jours après la date du diagnostic.

*Exclusion :*

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

SPÉCIMEN

## Sclérose en plaques

La sclérose en plaques est définie comme le diagnostic formel d'au moins un des troubles suivants :

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

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

## Surdité

La surdité est définie comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

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

## Transplantation d'un organe vital

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

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

## Tumeur cérébrale bénigne

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

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

*Exclusions :*

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

Aucune prestation n'est payable en cas de récidive ou de métastase d'une première tumeur qui avait été diagnostiquée avant la date d'effet du contrat.

SPECIMEN

*Période moratoire d'exclusion :*

Aucune prestation ne sera payable relativement à la tumeur cérébrale bénigne et la couverture de la personne assurée en ce qui concerne la tumeur cérébrale bénigne prendra fin dans les 90 premiers jours qui suivent la plus tardive des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat,
- la date du contrat,
- la date de la dernière remise en vigueur du contrat, la personne assurée :
  - a présenté des signes ou symptômes de tumeur cérébrale bénigne ou subi des examens menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
  - a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue dans ce contrat).

Si la couverture de la personne assurée relative à la tumeur cérébrale bénigne prend fin, la couverture prévue pour toutes les autres affections couvertures demeure toutefois en vigueur.

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

SPÉCIMEN

# Prestation d’assurance contre les maladies graves

Nous versons une prestation d’assurance contre les maladies graves au bénéficiaire de cette prestation si la personne assurée a une maladie grave couverte, comme nous l’avons expliqué plus haut dans ce contrat.

Si la personne assurée remplit les conditions relatives à une maladie grave couverte, nous verserons la prestation une seule fois. Le montant que nous payons s’établit comme suit :

- la prestation d’assurance contre les maladies graves à la date où la prestation devient payable, selon ce qui est indiqué à la page des *Particularités du contrat*
- **moins**, s’il y a lieu, les primes impayées augmentées de l'intérêt couru jusqu’à la date où la prestation devient payable.

Ce contrat prend fin à la date où nous versons la prestation.

## Obligation de déclarer un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne

Vous devez nous informer si, au cours des 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat
- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat, la personne assurée :
  - a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
  - a fait l’objet d’un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans ce contrat).

Il faut nous communiquer les renseignements susmentionnés dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation pour ce qui suit :

- un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne
- toute maladie grave causée par un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne, ou
- toute maladie grave causée par le traitement d’un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne.

Il y a un formulaire spécial à remplir pour nous fournir ces renseignements. Appelez-nous au numéro sans frais indiqué au début de ce contrat pour obtenir le formulaire approprié. Vous devez faire votre déclaration par écrit sur ce formulaire.

SPÉCIMEN

## Fin de l’assurance couvrant le cancer ou la tumeur cérébrale bénigne

Nous mettrons fin à l’assurance couvrant le cancer ou la tumeur cérébrale bénigne et nous ne verserons pas de prestation si, au cours des 90 premiers jours qui suivent la plus récente des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition de ce contrat
- la date du contrat, ou
- la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat, la personne assurée :
  - a présenté des signes ou symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic,
  - a fait l’objet d’un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne (couvert ou exclu dans ce contrat).

L’assurance couvrant toutes les autres maladies graves demeurera en vigueur à condition que la maladie grave dont souffre la personne assurée ne résulte pas directement ou indirectement d’un cancer ou d’une tumeur cérébrale bénigne ou du traitement d’un cancer ou d’une tumeur cérébrale bénigne.

## Cas où nous ne verserons pas la prestation d’assurance contre les maladies graves (exclusions et réductions de la garantie)

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou reliée au fait que la personne assurée conduisait un véhicule alors qu’elle avait un taux d’alcool dans le sang supérieur à 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang. On entend par véhicule tout appareil de transport terrestre, aérien ou maritime qu’on peut mettre en mouvement par un moyen quelconque, y compris la force musculaire. Nous ne tenons pas compte du fait que le véhicule était en mouvement ou non.

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou reliée au fait que la personne assurée :

- commettait ou tentait de commettre une infraction criminelle
- s’est donné la mort ou a tenté de se donner la mort, que cette personne assurée ait ou non alors été atteinte d’une maladie mentale ou qu’elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste
- s’est infligé des blessures corporelles, que cette personne assurée ait ou non alors été atteinte d’une maladie mentale ou qu’elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste
- a pris intentionnellement une drogue ou un médicament qui n’a pas été prescrit par un professionnel de la santé autorisé ou si elle n’a pas suivi les directives d’utilisation
- a pris intentionnellement une substance intoxicante, un narcotique ou une substance toxique. Cela ne comprend pas les cigarettes, les cigarillos ou les cigares ni la consommation occasionnelle d’alcool.

Nous ne verserons pas de prestation si la maladie grave couverte est directement ou indirectement due ou reliée à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non.

SPÉCIMEN

# Demandes de règlement

## Pour faire une demande de prestation d'assurance contre les maladies graves

Pour faire une demande de prestation d'assurance contre les maladies graves, communiquez avec nous au numéro sans frais 1-877-363-2773. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir pour faire la demande. La personne qui fait la demande doit remplir le formulaire et nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer la demande.

## Quand faire une demande de prestation

Vous pouvez faire une demande de prestation d'assurance contre les maladies graves si la personne assurée souffre d'une des maladies graves couvertes, comme nous l'avons expliqué plus haut dans ce contrat, pendant que ce contrat est en vigueur.

La demande de prestation doit nous être envoyée alors que le contrat est toujours en vigueur et dans l'année qui suit la date où la maladie grave couverte est survenue.

Il se peut que le médecin demande des honoraires pour remplir certains formulaires. Les frais d'obtention des renseignements requis sont à la charge de la personne qui demande la prestation.

La personne qui demande une prestation d'assurance contre les maladies graves doit nous fournir tous les renseignements dont nous avons besoin pour évaluer la demande, y compris :

- la preuve qu'elle a le droit de recevoir la prestation
- la preuve que la personne assurée a contracté une maladie grave alors que ce contrat était en vigueur
- un diagnostic écrit décrivant les particularités de la maladie, ainsi que sa cause, et
- les dossiers médicaux complets de la personne assurée.

Le diagnostic écrit doit :

- contenir des renseignements appropriés pour évaluer la maladie, et
- être préparé et signé par un médecin spécialiste autorisé à pratiquer au Canada et exerçant sa profession au Canada ou par un autre médecin que nous jugeons acceptable.

Nous pouvons exiger que la personne assurée soit examinée par des professionnels de la santé que nous désignerons. Ces professionnels peuvent être, entre autres, médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychiatres, psychologues ou neurologues dûment autorisés à exercer leur profession. Nous payons les frais de ces consultations.

SPÉCIMEN

Le médecin, le médecin spécialiste ou le professionnel de la santé qui signe le diagnostic ou nous fournit des renseignements ne peut être ni le propriétaire du contrat, ni une personne assurée par le contrat, ni une personne qui a le droit de faire une demande de prestation aux termes de ce contrat. Il ne peut pas non plus être un membre de la famille ni un partenaire d'affaires de ces personnes.

Avant de verser une prestation, nous devons vérifier l'âge de la personne assurée. Si l'âge déclaré dans la demande d'assurance est inexact, nous rajusterons le montant de la prestation de telle sorte qu'il corresponde à l'âge véritable de la personne assurée.

### Si la maladie grave a commencé ou a été diagnostiquée à l'extérieur du Canada

Vous pouvez demander un règlement si la maladie grave couverte a commencé ou a été diagnostiquée pendant que la personne assurée était à l'extérieur du Canada. Vous devrez nous fournir tous les renseignements décrits ci-dessus. Si les dossiers médicaux de la personne assurée ne sont ni en français ni en anglais, vous devez nous fournir l'original des dossiers et une traduction des dossiers en français ou en anglais. Les frais de traduction sont à la charge de la personne qui demande la prestation.

Le traducteur ne peut être ni le propriétaire du contrat, ni une personne assurée par le contrat, ni une personne qui a le droit de faire une demande de prestation aux termes de ce contrat. Il ne peut pas non plus être un membre de la famille ni un partenaire d'affaires de ces personnes.

Après l'étude des dossiers médicaux que nous exigeons, nous devons être d'avis que le même diagnostic aurait été posé si la maladie avait commencé au Canada.

## Actions en justice

*Pour les personnes assurées qui résident en Ontario*

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la *Loi de 2002* sur la prescription des actions.

*Pour les personnes assurées qui ne résident pas en Ontario*

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable dans votre province ou territoire de résidence.

SPÉCIMEN

# Paiement de votre contrat

## Primes du contrat

Nous vous fournirons toutes les garanties décrites dans ce contrat si vous payez les primes indiquées à la page des *Particularités du contrat*. Vous devez payer toutes les primes mensuellement, à leur échéance, par débit préautorisé ou par carte de crédit. Les paiements doivent être faits à Securian Canada.

Nous déterminons les primes selon le sexe, l'âge et l'usage du tabac de la personne assurée. Si un changement d'âge de la personne assurée entraîne un changement de catégorie de tarif, les primes sont rajustées au prochain anniversaire du contrat. Après la date d'entrée en vigueur du contrat, nous pouvons changer vos primes chaque année; les nouvelles primes prennent effet à l'anniversaire du contrat. En cas de modification, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours.

## Si nous ne recevons pas le paiement des primes (déchéance)

Si nous ne recevons pas la prime requise dans les 31 jours qui suivent son échéance, votre contrat prendra fin.

Lorsque votre contrat prend fin de cette façon, nous disons qu'il est tombé en déchéance.

Pour éviter que votre contrat ne prenne fin, nous devons recevoir le paiement requis avant la fin du 31e jour qui suit la date de son échéance. Nous vous indiquerons le montant du paiement.

## Pour remettre votre contrat en vigueur (remise en vigueur)

Si votre contrat a pris fin parce qu'il est tombé en déchéance, vous pouvez demander sa remise en vigueur si la personne assurée est en vie. Ce processus s'appelle la remise en vigueur.

Si vous voulez remettre votre contrat en vigueur, vous devez :

- en faire la demande dans un délai de 2 ans après la date où le contrat a pris fin
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité, jugées satisfaisantes à notre avis, et
- verser un paiement égal aux frais de remise en vigueur, dont nous déterminons le montant.

Si nous n'approuvons pas votre demande de remise en vigueur, nous vous rembourserons le montant que vous aurez versé au moment de la demande de remise en vigueur. Si nous l'approuvons, nous remettrons le contrat en vigueur à la date d'approbation de votre demande.

SPÉCIMEN

# Dispositions légales

## 1. Le contrat

1) La demande d'assurance, le présent contrat, les documents annexés au présent contrat lors de son établissement, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après son établissement constituent le contrat indivisible. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

**Renonciation**

2) Sauf pour les résidents de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de l'Ontario et de la Saskatchewan, l'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un avis écrit signé par l'assureur.

**Copie de la demande d'assurance**

3) L'assureur est tenu de fournir, sur demande, à la personne assurée ou à l'auteur d'une demande de règlement au titre du contrat, une copie de la demande d'assurance.

## 2. Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par la personne assurée, ou par une personne assurée, lors de la demande d'assurance relative au contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une demande de règlement au titre du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la demande d'assurance ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données comme preuve d'assurabilité.

## 3. Avis et preuve de sinistre

1) La personne assurée, une autre personne assurée ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :

   a) de donner un avis écrit de la demande de règlement à l'assureur au plus tard 30 jours après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;

      (i) soit en remettant l'avis ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province ou le territoire;

      (ii) soit en remettant l'avis à un agent autorisé de l'assureur dans la province ou le territoire;

   b) de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances, dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle une demande de règlement prend naissance au titre du contrat à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une invalidité;

      (i) de la survenance de l'accident ou du commencement de la maladie ou de l'invalidité;

      (ii) des pertes qui en résultent;

SPÉCIMEN

(iii) du droit de l'auteur de la demande de règlement de recevoir paiement;

(iv) de l'âge de l'auteur de la demande de règlement;

(v) de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu;

c) de fournir, si l'assureur l'exige, un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité qui fait l'objet d'une demande de règlement au titre du contrat, ainsi que la durée de la maladie ou de l'invalidité.

## 4. Défaut de présentation d'un avis ou d'une preuve de sinistre

2) Le fait de ne pas donner avis du sinistre ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition légale n'invalide pas la demande si :

a) Pour les résidents de la Saskatchewan,

(i) l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et à l'intérieur du délai fixé par la *Limitations Act* à compter de la date de l'accident ou de la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition légale; ou

(ii) en cas de décès de la personne assurée, s'il faut une déclaration de présomption de décès, l'avis est donné ou la preuve fournie à l'intérieur du délai fixé par la *Limitations Act* à compter de la date à laquelle le tribunal statue par voie de déclaration.

b) pour les résidents des autres provinces, l'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une maladie ou d'une invalidité, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente disposition légale; ou

c) pour les résidents de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Ontario, en cas de décès de la personne assurée, s'il faut une déclaration de présomption de décès, l'avis est donné ou la preuve est fournie au plus tard un an après la date à laquelle le tribunal statue par voie de déclaration.

## 5. Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre

L'assureur fournit les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident, de la maladie ou de l'invalidité donnant lieu à la demande et l'étendue du sinistre.

SPÉCIMEN

## 6. Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées au titre du présent contrat :

a) l'auteur de la demande de règlement est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen aussi souvent que raisonnablement requis, tant que le règlement est en suspens;

b) en cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent;

c) pour les résidents de la Saskatchewan, l'assureur doit assumer le coût de tout examen ou autopsie et fournir une copie des rapports de tout examen ou autopsie à la personne assurée ou à son représentant.

## 7. Délai de paiement des sommes non reliées à l'arrêt de travail

Toutes les sommes payables au titre du présent contrat, à l'exception des indemnités d'arrêt de travail, sont versées par l'assureur dans les 60 jours de la réception par l'assureur de la preuve de sinistre.

SPÉCIMEN

## Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour Securian Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous et nos sociétés affiliées pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir ou de permettre à des compagnies de choix de vous offrir d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cet égard à tout moment en composant 1-888-968-4155 ou en écrivant au Bureau de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante : 25, avenue Sheppard Ouest, pièce 1400, Toronto ON M2N 6S6. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : *http://www.securiancanada.ca/fr/vie-privee/*.

SPECIMEN

## À propos de Securian Canada

Nous sommes là pour les Canadiens et leurs familles, quelle que soit leur définition de la famille, car tout ce que nous faisons contribue à assurer l'avenir des gens. Nos solutions d'assurance et de protection pratiques et prêtes pour la vie sont conçues pour assurer la sécurité financière, afin que les Canadiens puissent passer plus de temps à faire en sorte que chaque moment compte.

Depuis plus de 65 ans, nous donnons aux Canadiens la confiance nécessaire pour faire face aux incertitudes de la vie. Securian Canada réunit des racines locales et une solide expertise, une empreinte nord-américaine et une perspective mondiale, tout en innovant à la vitesse requise pour les marchés qu'elle sert.

En collaboration avec sa société mère américaine – Securian Financial – Securian Canada est un assureur de premier plan dans les marchés canadiens des institutions financières, des associations professionnelles et des groupes d'affinité. Nous offrons des solutions d'assurance élaborées avec soin et des expériences spécialisées aux personnes que nous servons.

SPÉCIMEN

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada. Les polices d'assurance sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

**Securian Canada**
**securiancanada.ca**

1400-25, Av. Sheppard Ouest, Toronto, ON, Canada M2N 6S6
©2023 Securian Canada, une filiale du Groupe financier Securian, Inc. Tous droits réservés.

1er novembre 2023