

Mise en contexte

Ce guide est un document de référence pour vous aider à mieux comprendre votre protection d'assurance en cas de maladies graves. Il ne remplace pas la brochure ni la police d'assurance, car ces documents comprennent d'autres conditions qui ne sont pas décrites dans ce guide et qui sont importantes à connaître.

Si vous faites une réclamation, l'assureur appliquera les définitions contenues dans la brochure et la police d'assurance pour analyser votre demande.

La protection Maladies graves prend fin à la date du relevé suivant l'anniversaire de 65 ans de la personne assurée.

Cancer

Ce que dit le contrat

Définition de cancer

Diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic doit être posé par un spécialiste. Ce spécialiste doit être une autre personne que vous-même et ne doit pas habiter avec vous. Les cancers suivants ne sont pas couverts par l'assurance :

1. Carcinome in situ
2. 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)
3. Tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases
4. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Ce qu'il faut savoir sur le cancer et sur votre assurance

Tous les types de cancer prennent naissance dans les cellules du corps. Normalement, les cellules de l'organisme se multiplient de manière contrôlée. Elles se divisent lorsque nécessaire et meurent lorsqu'elles sont divisées un trop grand nombre de fois ou lorsqu'elles sont endommagées.

Toutefois, lorsque les cellules se multiplient de façon anormale dans un tissu sain, cela peut mener à la formation d'une masse appelée tumeur. Il existe deux types de tumeurs : les non cancéreuses (ou bénignes) et les cancéreuses (ou malignes).

Les **tumeurs non cancéreuses** sont formées de cellules d'apparence normale qui restent à un seul endroit et qui ne se propagent pas. Mais ces tumeurs peuvent quand même devenir assez grosses. Les tumeurs non cancéreuses ne réapparaissent généralement pas une fois qu'on les a enlevées.

Ces tumeurs ne sont pas couvertes par l'assurance, car ce ne sont pas des cancers et qu'elles ne mettent pas votre vie en danger.

Les **tumeurs cancéreuses** sont formées de cellules malignes, différentes des cellules normales, qui peuvent envahir les tissus voisins et se propager à d'autres parties du corps. Cela se produit quand les cellules cancéreuses entrent dans le sang ou le système lymphatique. Même une fois la tumeur cancéreuse enlevée, le cancer risque de réapparaître parce que des cellules cancéreuses pourraient s'être déjà propagées de la tumeur à d'autres parties du corps. Les cancers sont classés selon leur stade d'évolution.

Source : [Types de cancer | Société canadienne du cancer](#)

Certains cancers aux stades les moins avancés ne sont pas couverts par votre assurance, car ils ne mettent pas votre vie en danger. Toutefois, un cancer pourrait plus tard être couvert par l'assurance si son stade progressait et que celui-ci répondait maintenant à la définition de votre contrat.

Pour être couvert par l'assurance, le cancer doit correspondre aux critères de la définition présentée ci-dessus.

Ce qu'il faut savoir sur les exclusions

Les exclusions sont les circonstances dans lesquelles l'assureur ne verse aucun montant d'assurance.

En effet, l'assureur ne verse pas de montant d'assurance pour les 4 types de cancers suivants, car ils ne mettent habituellement pas votre 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
- Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Il existe d'autres situations dans lesquelles l'assureur ne verse pas de montant d'assurance.

- Si le cancer a été diagnostiqué avant le début de l'assurance ou dans les 90 jours qui ont suivi le début de l'assurance.
- Si les symptômes ou les problèmes médicaux sur lesquels repose le premier diagnostic de cancer sont apparus avant la date de début de l'assurance ou dans les 90 jours qui ont suivi cette date.
- Si la personne assurée n'est plus vivante à la fin de la période de 30 jours qui suit la date du premier diagnostic de cancer, car un montant d'assurance en cas de décès peut alors être versé par l'assureur.

Exemples de situations qui pourraient être couvertes par votre assurance

- « On m'a découvert une masse au sein. Après une mammographie et une biopsie, le rapport du spécialiste indiquait qu'il s'agissait d'un cancer invasif. »
- « Je ne me sentais pas bien depuis un certain temps. Mon médecin m'a prescrit une prise de sang et d'autres tests qui ont révélé que j'avais une leucémie et qu'elle met ma vie en danger. »
- « J'avais une toux qui persistait et j'étais essoufflé; je croyais que c'était une pneumonie. Je suis allé voir mon médecin qui m'a fait passer une batterie de tests, dont une biopsie. Le rapport du spécialiste indiquait qu'il s'agissait d'un cancer du poumon invasif. »

Exemples de situations qui ne sont pas couvertes par votre assurance

- « On m'a découvert une masse au sein. Après une mammographie et une biopsie, le rapport du spécialiste indiquait qu'il s'agissait d'un carcinome *in situ*. »
- Cette situation n'est pas couverte par l'assurance, car les carcinomes in situ font partie des cancers exclus puisqu'ils ne mettent pas la vie en danger.**
- « J'ai constaté que j'avais un grain de beauté qui avait changé d'apparence. Le médecin a fait un prélèvement (biopsie) pour faire analyser les tissus prélevés en laboratoire. Le rapport du spécialiste indiquait qu'il s'agissait d'un cancer, mais le mélanome était à un stade 1A et il était demeuré localisé. »
- Cette situation n'est pas couverte par l'assurance, car les mélanomes de stade 1A font partie des cancers exclus puisqu'ils ne mettent pas la vie en danger.**
- « J'ai une tumeur au cerveau qui nécessite un traitement (chirurgie ou radiothérapie), mais elle est bénigne. »
- Cette situation n'est pas couverte par l'assurance, car la tumeur est bénigne, alors que la définition indique qu'il doit s'agir d'une tumeur maligne.**

Pourquoi votre réclamation pourrait être refusée?

Différentes raisons peuvent expliquer le refus d'une réclamation par l'assureur. En voici des exemples :

- Vous avez réclamé pour un des 4 types de cancers qui ne sont pas couverts.
- Votre diagnostic de cancer ne répond pas à la définition.
- Vous êtes dans une des situations exclues par le contrat d'assurance.
- Certains documents demandés pour analyser la réclamation n'ont pas été fournis. Cependant, l'analyse pourra être reprise lors de la réception des documents manquants.

Vous souhaitez en savoir plus sur le cancer, son diagnostic, ses traitements?

Consultez le site Web de la [Société canadienne du cancer](#).

Infarctus du myocarde (crise cardiaque)

Ce que dit le contrat

Définition d'infarctus du myocarde

Diagnostic définitif 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 :

1. Symptômes d'infarctus du myocarde
2. Nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde
3. Apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne

Le diagnostic d'infarctus du myocarde doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucun montant d'assurance ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

1. Élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q
2. Découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne répond pas à la définition d'infarctus du myocarde (crise cardiaque) décrite précédemment

Ce qu'il faut savoir sur l'infarctus du myocarde et sur votre assurance

Une crise cardiaque se produit lorsque l'apport sanguin à une partie du cœur est interrompu par l'obstruction d'une artère coronaire. Lorsqu'elles sont privées d'oxygène, les cellules de cette partie du muscle cardiaque meurent peu à peu tant que l'apport en sang n'est pas rétabli. L'étendue des dommages varie selon la durée de l'interruption : les lésions cardiaques peuvent être bénignes, graves ou irréversibles. Dans certains cas, la crise cardiaque peut être mortelle.

Source : [Crise cardiaque | Fondation des maladies du cœur et de l'AVC \(coeuretavc.ca\), 2022](#)

Il existe de nombreuses conditions cardiaques qui ressemblent à des crises cardiaques. Si vous avez des malaises ou des symptômes qui ressemblent à une crise cardiaque, mais qu'il ne s'agit pas d'une crise cardiaque, vous n'êtes pas couvert par cette assurance.

Pour être couverte par l'assurance, la crise cardiaque doit correspondre aux critères de la définition présentée ci-dessus.

Ce qu'il faut savoir sur les exclusions

Les exclusions sont les circonstances dans lesquelles l'assureur ne verse aucun montant d'assurance.

Une crise cardiaque n'est pas couverte par l'assurance si elle correspond à une des situations suivantes :

- La hausse des marqueurs biochimiques cardiaques est causée par une intervention/opération dans les artères, comme une angiographie ou une angioplastie coronarienne et que l'électrocardiogramme ne montre pas d'onde Q.
- Pendant un électrocardiogramme, on trouve par hasard des changements qui suggèrent une ancienne crise cardiaque, mais qu'elle ne correspond pas aux critères décrits plus haut.

Il existe d'autres situations dans lesquelles l'assureur ne verse pas de montant d'assurance.

Si la personne assurée n'est plus vivante à la fin de la période de 30 jours qui suit la date du premier diagnostic de maladie grave, dont une crise cardiaque, car un montant d'assurance en cas de décès peut alors être versé par l'assureur.

Exemple de situation qui pourrait être couverte par votre assurance

« Je me suis présentée à l'urgence avec une douleur intense et prolongée à la poitrine et un engourdissement du bras gauche. On m'a fait passer des examens en cardiologie, dont un électrocardiogramme, et on m'a fait des prises de sang (enzymes cardiaques) et une coronarographie. Avec les résultats de mes tests, le cardiologue a confirmé qu'il s'agissait d'un infarctus du myocarde. »

Exemple de situation qui n'est pas couverte par votre assurance

« Je me suis présentée à l'urgence avec de l'essoufflement et un serrement à la poitrine. On m'a fait passer des examens en cardiologie (électrocardiogramme) et une prise de sang. Ce n'était pas un infarctus, mais plutôt de l'angine. »

Cette situation n'est pas couverte par l'assurance, car le diagnostic ne correspondait pas à celui d'un infarctus du myocarde, mais à celui d'une angine.

Pourquoi votre réclamation pourrait être refusée?

Différentes raisons peuvent expliquer le refus d'une réclamation par l'assureur. En voici des exemples :

- Votre diagnostic de crise cardiaque ne répond pas à la définition.
- Vous êtes dans une des situations exclues par le contrat d'assurance.
- Certains documents demandés pour analyser la réclamation n'ont pas été fournis. Cependant, l'analyse pourra être reprise lors de la réception des documents manquants..

Vous souhaitez en savoir plus sur la crise cardiaque, les signes avant-coureurs, les facteurs de risque et les traitements?

Consultez le site Internet de Cœur + AVC à coeuretavc.ca/maladies-du-coeur

Accident vasculaire cérébral

Ce que dit le contrat

Définition d'accident vasculaire cérébral (AVC)

Diagnostic définitif d'un accident vasculaire aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

1. Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
2. Nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

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

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

Exclusions

Aucun montant d'assurance ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

1. Attaques ischémiques cérébrales transitoires
2. Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme
3. Infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment

Ce qu'il faut savoir sur l'accident vasculaire cérébral (AVC) et sur votre assurance

Un AVC survient lorsque la circulation sanguine vers une partie ou une autre du cerveau rencontre un obstacle. Les séquelles de l'AVC dépendent de la partie du cerveau qui a subi des dommages et de l'étendue de ceux-ci. Les séquelles de l'AVC varient d'une personne à l'autre. La gravité dépend de facteurs comme le type d'AVC et l'hémisphère du cerveau dans lequel l'AVC s'est produit.

Source : [Qu'est-ce qu'un AVC? | Fondation des maladies du cœur et de l'AVC \(coeuretavc.ca\), 2022](http://Qu'est-ce-qu'un-AVC-?|Fondation-des-maladies-du-coeur-et-de-l'AVC-(coeuretavc.ca),2022)

Il existe de nombreux types d'AVC, mais ils ne sont pas tous couverts par l'assurance.

Pour être couvert par l'assurance, il faut que l'AVC corresponde aux critères de la définition présentée ci-dessus.

Ce qu'il faut savoir sur les exclusions

Les exclusions sont les circonstances dans lesquelles l'assureur ne verse aucun montant d'assurance.

Aucun montant d'assurance ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- Attaques ischémiques cérébrales transitoires
- Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme
- Infarctus lacunaire, lequel ne répond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment

Il existe d'autres situations dans lesquelles l'assureur ne verse pas de montant d'assurance.

Si la personne assurée n'est plus vivante à la fin de la période de 30 jours qui suit la date du premier diagnostic de maladie grave, dont un AVC, car un montant d'assurance en cas de décès peut alors être versé par l'assureur.

Exemple de situation qui pourrait être couverte par votre assurance

« J'ai eu un mal de tête soudain et très intense sans savoir pourquoi. J'avais aussi des troubles d'équilibre. J'ai été transportée à l'hôpital où j'ai passé plusieurs examens. J'ai eu un diagnostic d'AVC et j'ai dû faire de la réadaptation pour marcher. Cela fait maintenant 6 mois que j'ai eu mon AVC et je ne suis pas encore complètement rétablie. »

Exemple de situation qui n'est pas couverte par votre assurance

« J'ai été traité pour un AVC à l'hôpital. Je suis revenu chez moi et après une semaine, je n'avais plus aucun symptôme. »

Cette situation n'est pas couverte par l'assurance, car les nouveaux déficits neurologiques n'ont pas duré 30 jours.

« J'ai eu des symptômes d'AVC. J'avais un côté engourdi et un mal de tête intense. Cependant, les symptômes sont disparus après 24 heures; j'ai donc eu un diagnostic d'ischémie cérébrale transitoire (ICT). »

Cette situation n'est pas couverte par l'assurance, car l'ischémie cérébrale transitoire fait partie des exclusions.

Pourquoi votre réclamation pourrait être refusée?

Différentes raisons peuvent expliquer le refus d'une réclamation par l'assureur. En voici des exemples :

- Votre diagnostic d'AVC ne répond pas à la définition.
- Vous êtes dans une des situations exclues par le contrat d'assurance.
- Certains documents demandés pour analyser la réclamation n'ont pas été fournis. Cependant, l'analyse pourra être reprise lors de la réception des documents manquants.

Vous souhaitez en savoir plus sur l'AVC, les signes avant-coureurs, les facteurs de risque et les traitements?

Consultez le site Internet de Cœur + AVC à coeuretavc.ca/AVC

Maladie terminale

Ce que dit le contrat

Définition de maladie terminale

Toute maladie autre qu'un cancer, un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral qui entraînera vraisemblablement le décès de la personne assurée pendant l'année qui suit le diagnostic. Une telle maladie doit être diagnostiquée par un spécialiste.

Ce qu'il faut savoir sur les exclusions

Les exclusions sont les situations dans lesquelles l'assureur ne verse aucun montant d'assurance.

Voici celles qui s'appliquent en cas de diagnostic de maladie terminale :

- Si la maladie terminale a été diagnostiquée avant le début de l'assurance ou dans les 90 jours qui ont suivi le début de l'assurance.
- Si les symptômes ou les problèmes médicaux sur lesquels repose le premier diagnostic de maladie terminale sont apparus avant la date de début de l'assurance ou dans les 90 jours qui ont suivi cette date.
- Si la personne assurée n'est plus vivante à la fin de la période de 30 jours qui suit la date du premier diagnostic de maladie grave, dont une maladie terminale, car un montant d'assurance en cas de décès peut alors être versé par l'assureur.

Pourquoi votre réclamation pourrait être refusée

Différentes raisons peuvent expliquer le refus d'une réclamation par l'assureur. En voici des exemples :

- Votre diagnostic de maladie terminale ne répond pas à la définition.
- Vous êtes dans une des situations exclues par le contrat d'assurance.
- Certains documents demandés pour analyser la réclamation n'ont pas été fournis. Cependant, l'analyse pourra être reprise lors de la réception des documents manquants.