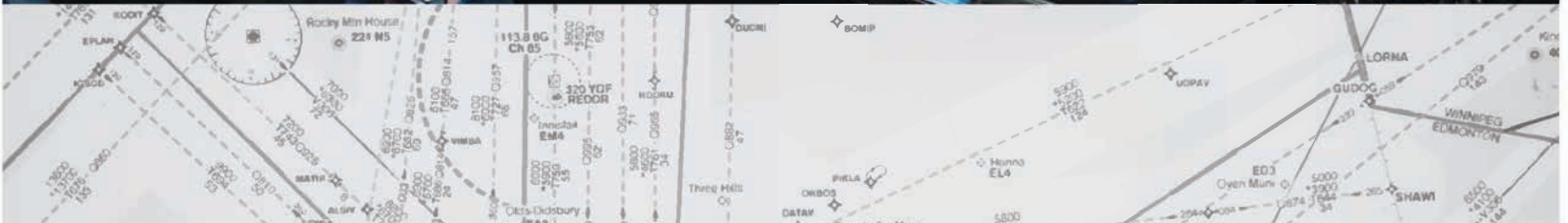




ACCTA
Association canadienne du
contrôle du trafic aérien

ACCTA SAIN & SAUF

ASSURANCE MALADIES GRAVES



Voici l'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA*

S'ajuster à un nouveau style de vie après une maladie grave est difficile. Vous pouvez maintenant vous assurer que votre famille possède les outils financiers nécessaires pour defrayer ces ajustements à votre style de vie, les services médicaux dont vous aurez besoin, le paiement des dettes, la rééducation et les autres dépenses souvent nécessaires quand vous ou votre conjoint(e) souffrez d'une maladie grave.

Avec l'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA*, vous pourriez recevoir jusqu'à 150 000 \$ sous forme de paiement forfaitaire sur confirmation par un médecin d'un diagnostic et de votre survivance de plus de 30 jours à l'une des conditions médicales suivantes :

- ▶ crise cardiaque
- ▶ cancer
- ▶ accident vasculaire cérébral
- ▶ pontage coronarien
- ▶ cécité
- ▶ paralysie
- ▶ sclérose en plaques
- ▶ maladie d'Alzheimer
- ▶ maladie du motoneurone
- ▶ coma
- ▶ surdité
- ▶ maladie de Parkinson
- ▶ brûlure sévère
- ▶ chirurgie aortique
- ▶ tumeur cérébrale bénigne
- ▶ défaillance d'un organe vital
- ▶ mutilation
- ▶ perte de la parole
- ▶ infection professionnelle au VIH
- ▶ remplacement d'une valve du cœur
- ▶ transplantation d'un organe vital

Cet argent peut être utilisé de n'importe quelle façon, par exemple, pour une formation d'appoint, des soins médicaux à l'étranger, le paiement de vos dettes, des dépenses familiales additionnelles et même des vacances. Ce paiement forfaitaire a pour but de vous aider à vous concentrer sur votre rétablissement.

Vos risques sont plus élevés que vous pensez

Quels sont vos risques ? Selon les données recueillies par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, la Société canadienne du cancer et Statistique Canada, ils sont plus élevés que vous ne le pensez. Par exemple :



9 Canadiens sur 10 ont au moins un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral ou de maladie cardiaque. Plusieurs facteurs de risque dépendent de nous (c.-à-d., mauvaises habitudes alimentaires, inactivité physique, surpoids, tabagisme, stress, consommation excessive d'alcool et abus de drogues), mais certains sont incontrôlables (c.-à-d., le sexe, l'âge, l'historique familiale et la génétique).



Environ **4 pour cent des accidents vasculaires cérébraux frappent** des gens âgés de 18 à 45 ans.



2 Canadiens sur 5 seront atteints d'un cancer. Les hommes ont une probabilité de développer un cancer de 45 % et les femmes de 42 %.



1 homme sur 8 doit s'attendre à recevoir un diagnostic de cancer de la prostate.



1 femme sur 9 doit s'attendre à développer un cancer du sein.

Même si les régimes d'assurance-maladie gouvernementaux et régimes d'assurances collectives peuvent vous aider à defrayer les soins médicaux immédiats dont vous aurez besoin, ils peuvent ne pas être conçus pour financer des ajustements à long-terme de votre style de vie ou le changement de carrière auxquels vous et votre famille serez confrontés suite à une maladie grave ou d'un état pathologique majeur.

C'est pourquoi vous devez de considérer l'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA*.



Deuxième prestation

De plus, l'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA* pourrait vous verser une deuxième prestation dans des situations spécifiques. Si vous recevez un diagnostic de cancer et retournez ensuite au travail pour au moins 90 jours, puis êtes atteint d'une maladie cardiovasculaire couverte (crise cardiaque, AVC, pontage coronarien, chirurgie aortique et remplacement d'une valve du cœur), vous recevrez un **deuxième paiement** égal au montant de votre couverture. Il en sera de même si vous êtes atteint d'une maladie cardiovasculaire couverte et retournez ensuite au travail pour au moins 90 jours, puis recevez un diagnostic de cancer couvert.

Voyez les sections Définitions et Second évènement couvert pour les définitions et conditions.

Prestation pour perte d'autonomie

Avec une maladie grave, vous pourriez perdre votre plus précieux atout : votre autonomie.

L'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA* vous offre une prestation spéciale de 25 % du montant de votre couverture si vous êtes atteint d'une défaillance ou d'une maladie cognitive (autre qu'une des maladies couvertes) qui vous empêche d'effectuer au moins deux des six activités de la vie quotidienne suivantes : se laver, se vêtir, faire sa toilette, préserver la continence, se transférer d'un fauteuil à un autre et s'alimenter.

Cette prestation peut vous aider à défrayer le coût de soins à domicile et de services de soutien personnels pour que vous puissiez faire face à une maladie grave avec dignité et dans le confort de votre propre maison.

Traitement pour stade précoce de cancer de la prostate (T1a ou T1b)

Sous réserve des conditions et autres dispositions de cette police, l'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA* versera à l'assuré 20 % du capital assuré à concurrence d'un maximum de 20 000 \$ si, alors qu'il est assuré, il reçoit un traitement pour stade précoce de cancer de la prostate (T1a ou T1b) et qu'il y survit pendant au moins 30 jours.

Traitement pour stade précoce de cancer de la prostate (T1a ou T1b) signifie un diagnostic effectué par un spécialiste. Aucune prestation ne sera versée sauf si le spécialiste a recommandé au moins l'un des traitements suivants : chirurgie de la prostate, radiothérapie, chimiothérapie et thérapie hormonale.

Prestation pour carcinome intracanalair noninfiltrant (CIN)

Environ 12 à 14 % de tous les cancers du sein sont des CIN. Si un diagnostic de CIN est confirmé, l'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA* versera 20 % du capital assuré à concurrence d'un maximum de 20 000 \$.



Taux abordables

Voici les primes mensuelles par tranche de 10 000 \$ de couverture pour maladies graves. Les primes sont basées selon l'âge de la personne assurée, son sexe et son statut de fumeur.

Âge	Homme		Femme	
	non-fumeur	fumeur	non-fumeuse	fumeuse
20-24	2,60 \$	3,45 \$	2,90 \$	3,90 \$
25-29	2,60 \$	3,45 \$	2,90 \$	3,90 \$
30-34	3,80 \$	5,60 \$	4,55 \$	6,35 \$
35-39	5,30 \$	8,95 \$	6,90 \$	10,15 \$
40-44	8,30 \$	15,30 \$	10,55 \$	16,70 \$
45-49	13,65 \$	26,55 \$	15,45 \$	26,35 \$
50-54	23,05 \$	46,30 \$	22,10 \$	40,70 \$
55-59	43,05 \$	84,85 \$	34,65 \$	65,55 \$
60-64	79,30 \$	146,45 \$	55,90 \$	100,70 \$

Exemples :

La prime mensuelle pour un homme non-fumeur âgé de 40 ans avec couverture pour maladies graves de 100 000 \$ (10 x 10,000 \$) serait de 83,00 \$ (10 X 8,30 \$).

Pour une femme non-fumeuse su même âge, la prime mensuelle serait de 105,50 \$ (10 x 10,55 \$).

Demandez dès aujourd'hui

Assurez-vous que vous et votre famille êtes protégés contre les impacts financiers d'une maladie grave. Présentez une demande d'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA* dès aujourd'hui. Vous n'avez qu'à compléter, signer et retourner la demande d'assurance maladies graves à :

Assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA*

Coughlin & associés ltée

CP 3517, Succursale « C »

Ottawa, ON K1Y 4H5

t : 1-888-613-1234, poste 4288

Ou téléchargez le formulaire de demande à www.coughlin.ca/catca-accta

Admissibilité et conversion

Admissibilité

Tous les membres en règle de l'Association canadienne du contrôle du trafic aérien âgés de moins de 65 ans sont admissibles à la couverture du régime d'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA*.

Les conjoints peuvent aussi être couverts

Les conjoints assurés peuvent aussi recevoir un montant forfaitaire d'un maximum de 150 000 \$ suite à la confirmation d'un diagnostic de l'une des maladies couvertes. Votre conjoint(e) n'a qu'à compléter et signer la section du conjoint du formulaire de demande d'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA*.

Couverture jusqu'à l'âge de 65 ans

L'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA* peut être maintenue jusqu'à l'âge de 65 ans ou (dans le cas de la couverture du conjoint), jusqu'à ce que votre conjoint(e) atteigne l'âge de 65 ans.

Conversion

À la date de terminaison de la couverture ou pendant la période de 31 jours suivant la date de terminaison de la couverture, une personne assurée âgée de moins de 65 ans peut convertir son assurance en une police individuelle de Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie (« Chubb ») sous réserve d'une preuve d'assurabilité.

La police individuelle entrera en vigueur à la date à laquelle Chubb recevra la demande de couverture. La prime sera la même que celle que paierait habituellement une personne assurée qui présente une demande de police individuelle à cette date.

Une demande de police individuelle peut être présentée à n'importe quel bureau Chubb. Le montant de capital assuré pour maladies graves converti ne peut excéder le montant émis alors que la personne assurée était employée à concurrence d'un maximum pour toutes les polices combinées de 25 000 \$.





Limites, exclusions et définitions

Limites

Limite applicable au cancer

Les réclamations pour cancer et carcinome intracanalair noninfiltrant (CNI) sont assujetties à une période d'exclusion. Aucune prestation ne sera versée à une personne assurée diagnostiquée dans les premiers 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou la date de la dernière remise en vigueur de la police. Pendant la période d'exclusion, la couverture pour cancer ou carcinome intracanalair noninfiltrant ne sera pas en vigueur si un diagnostic de cancer ou de CNI ou tout autre type de cancer est reçu, qu'il soit inclus ou exclu du contrat, ou si des symptômes ou problèmes médicaux se manifestent, ou dont la persistance ou récurrence, donnent subséquemment lieu à une investigation menant à un diagnostic de cancer ou de CNI.

Dans l'éventualité de tout tel diagnostic, la police restera en vigueur mais le cancer ou carcinome intracanalair noninfiltrant ne sera plus considéré comme une condition assurée, sauf en présence d'un diagnostic subséquent de cancer non apparenté.

Une prestation forfaitaire sera versée suite au diagnostic d'une condition ou maladie couverte si la personne assurée y survit au moins 30 jours (365 jours pour une paralysie, et la période d'exclusion de 90 jours pour cancer s'applique).

Exclusions

La police ne prévoit aucune prestation pour toute réclamation causée directement ou indirectement par ou résultant de l'un des évènements suivants :

- ▶ blessure auto-infligée intentionnellement, suicide ou tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
- ▶ guerre déclarée ou non-déclarée ou tout acte d'hostilité en découlant;
- ▶ blessure ou maladie, autre que l'une de celles spécifiquement couvertes, même si une telle blessure ou maladie s'avère compliquée par l'une de celles spécifiquement couvertes;
- ▶ complication d'une infection du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute variation de celle-ci incluant le SIDA et le complexe associé au SIDA;
- ▶ usage, expérience ou déversement d'armes nucléaires, de radiation matérielle ou ionisante provenant de ou contamination par radioactivité émanant de toute substance ou déchet nucléaire ou de la combustion de combustible nucléaire;
- ▶ commission par la personne assurée ou toute tentative de commettre un acte qui, si jugé par une cour, serait un acte illégal en vertu des lois de la juridiction dans laquelle l'acte a été commis;

- ▶ mésusage de médicament ou abus de drogues ou d'intoxicants; et/ou
- ▶ toute condition médicale préexistante, sauf lorsque la couverture est en vigueur depuis 24 mois consécutifs suivant la date de mise en vigueur de la couverture de la personne assurée.

Période d'exclusion de 90 jours pour CIN, traitement pour stade précoce de cancer de la prostate (T1a ou T1b) et cancer

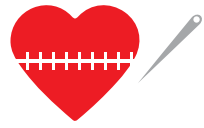
La période d'exclusion pour CNI, traitement pour stade précoce de cancer de la prostate (T1a ou T1b) et cancer est de 90 jours à compter de la plus tardive des dates suivantes:

- la date de mise en vigueur de la police, ou,
- la date de la dernière remise en vigueur de la police.

Pendant cette période d'exclusion, aucune couverture ne sera en vigueur pour CNI, traitement de stade précoce de cancer de la prostate (T1a or T1b) ou cancer si un diagnostic de CNI ou de tout type de cancer est reçu, ou si la personne assurée subit un traitement pour stade précoce de cancer de la prostate (T1a ou T1b), qu'il soit inclus ou exclu dans ce contrat, ou si des symptômes ou problèmes médicaux se manifestent, ou dont la persistance ou récurrence, donnent subséquemment lieu à une investigation menant à un diagnostic de cancer. Dans l'éventualité d'un tel diagnostic la police restera en vigueur mais le cancer ne sera plus considéré comme une condition assurée, sauf en présence d'un diagnostic subséquent de cancer non apparenté.

Définitions

Maladie d'Alzheimer : Signifie que l'assuré a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer, soit une maladie caractérisée par une dégénérescence progressive du cerveau. Le diagnostic doit être appuyé par une déclaration médicale attestant que l'assuré démontre une perte de capacité intellectuelle affectant sa mémoire et son jugement résultant en une réduction importante de son fonctionnement mental et social, de telle sorte qu'il a besoin au quotidien de supervision personnelle et permanente pour les activités de la vie quotidienne. Tous les autres troubles démentiels et organiques du cerveau et maladies psychiatriques sont exclues de la définition de cette condition assurée. Un neurologue ou psychiatre dûment agréé doit confirmer le diagnostic pas écrit.



Chirurgie aortique : S'entend d'une intervention médicalement nécessaire pratiquée sur l'aorte pour traiter une maladie de l'aorte et qui implique l'excision de la partie atteinte de l'aorte et son remplacement par une greffe. La chirurgie doit être effectuée sur préavis écrit d'un chirurgien cardiovasculaire dûment agréé. La définition de l'aorte inclut l'aorte thoracique et abdominale mais exclut les branches de l'aorte.

Tumeur cérébrale bénigne : S'entend d'une tumeur néoplasique bénigne du cerveau ou des méninges avec confirmation histologique. Sont spécifiquement exclus les kystes, granulomes et malformations des veines et artères intracrâniennes et les tumeurs et lésions de la glande pituitaire. Le diagnostic doit être confirmé par examen radio-neurologique effectué par un spécialiste de l'interprétation des examens radiologiques.



Cécité : S'entend de la perte totale et irrécouvrable de la vue des deux yeux suite à une blessure ou maladie. L'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins dans les deux yeux et le champ de vision doit être de moins de 20 degrés dans les deux yeux. Un ophtalmologue dûment agréé doit cliniquement confirmer le diagnostic par écrit.

Cancer : S'entend d'une tumeur maligne caractérisée par la prolifération et la propagation incontrôlées de cellules malignes et l'envahissement des tissus. Ceci inclut la leucémie, la maladie d'Hodgkin et le mélanome envahissant mais exclut :

- a. Carcinome in situ;
- b. Sarcome de Kaposi et autres cancers apparentés au SIDA et cancer en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- c. Cancer de la peau ou mélanome non invasif d'une profondeur de 0,75 millimètre ou moins;
- d. Cancer précoce de la prostate diagnostiqué comme T1a ou T1b ou stade équivalent;
- e. Récurrence ou métastase d'un cancer originalement diagnostiqué avant la date de mise en vigueur de la couverture.

Un oncologue dûment agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

Coma : S'entend d'un état d'inconscience pour une période d'au moins 96 heures consécutives pendant laquelle les stimulations externes ne produisent que des réflexes primitifs d'évitement. Un neurologue dûment agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

Pontage coronarien : S'entend d'une chirurgie effectuée par un chirurgien en cardiologie pour corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronariennes par l'implantation de greffons. Les techniques non chirurgicales, telles que l'angioplastie percutanée transluminale, la désobstruction au laser ou toutes autres techniques intra artérielles ne satisfont pas à la définition d'une chirurgie cardiovasculaire.

CIN : S'entend d'un diagnostic par un médecin dûment agréé, en présence d'un carcinome intracanalair noninfiltrant du sein, tel que confirmé par une biopsie. Un oncologue dûment agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

Sous réserve des conditions et autres dispositions de cette police, la compagnie versera à la personne assurée 20 % du capital assuré à concurrence d'un maximum de 20 000 \$ si, alors qu'elle est assurée, elle reçoit un diagnostic de CIN et qu'elle y survit pendant au moins 30 jours.

Surdité : S'entend d'un diagnostic de perte permanente de l'ouïe des deux oreilles de la personne assurée, avec un seuil auditif de plus de 90 décibels dans chaque oreille. Un otorhinolaryngologiste dûment agréé doit confirmer le diagnostic pas écrit.

Mutilation : S'entend de l'amputation complète de deux ou plusieurs membres à l'articulation du poignet ou de la cheville à la suite d'un accident ou d'une amputation requise à des fins médicales. Le diagnostic de perte de membres doit être effectué par un spécialiste.

Traitement pour stade précoce de cancer de la prostate (T1a ou T1b) : S'entend d'un tel diagnostic effectué par un spécialiste. Aucune prestation ne sera versée sauf si le spécialiste a recommandé l'un des traitements suivants :

- ▶ chirurgie de la prostate;
- ▶ radiothérapie;
- ▶ chimiothérapie;
- ▶ thérapie hormonale.

Sous réserves des conditions et autres dispositions de cette police, la compagnie versera à la personne assurée 20 % du capital assuré à concurrence d'un maximum de 20 000 \$ si, alors que la personne est assurée, elle subit un traitement pour stade précoce de cancer de la prostate (T1a ou T1b) et qu'elle y survit pendant au moins 30 jours.

Crise cardiaque : S'entend d'un diagnostic définitif de nécrose du muscle cardiaque résultant d'un apport de sang insuffisant résultant en une hausse et baisse des marqueurs biochimiques à des niveaux associés à un diagnostic d'infarctus du myocarde, avec au moins l'une des conditions suivantes :

- a. symptômes de crise cardiaque; ou,
- b. nouvelles modifications du tracé électrocardiographique (ECG) indicatives d'une crise cardiaque; ou,
- c. développement de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement à la suite d'une procédure coronarienne intraartérielle, mais non limitée à une angiographie coronarienne et à une angioplastie coronarienne.



Le diagnostic d'une crise cardiaque doit être effectué par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera versée pour cette condition pour :

- A. des marqueurs cardiaques élevés avec :
 - i. niveau de troponine de moins de 1
 - ii. niveau de créatinine-kinase MB de moins de 4, ou,
- B. des changements d'ECG suggestifs d'un précédent infarctus du myocarde, lesquels ne satisfont pas la définition de crise cardiaque telle que décrite ci-dessus.

Remplacement d'une valve du cœur : S'entend du remplacement de l'une ou l'autre des valves du cœur par une valve naturelle ou mécanique. La chirurgie doit être déterminée comme état médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion: Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette condition pour la réparation d'une valve du cœur.

Perte d'autonomie : S'entend d'un diagnostic définitif par un médecin dûment agréé de l'une des conditions suivantes :

1. Incapacité totale et permanente d'effectuer, par soi-même, au moins deux des six activités de la vie quotidienne; ou,
2. Défaillance cognitive.

Une maladie mentale ou nerveuse sans cause organique démontrable n'est pas couverte. La perte d'autonomie doit persister pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

Perte de la parole : S'entend d'un diagnostic définitif de perte totale et irréversible de la capacité de parler suite à une blessure ou une maladie, pour un période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être effectué par un spécialiste.

Défaillance d'un organe vital : S'entend de la défaillance irréversible de la totalité du cœur, foie, pancréas (les transplantations de cellule des îlots pancréatiques sont exclues), des deux poumons, deux reins ou de la moelle osseuse, lorsque l'organe affecté ne répond pas à tout traitement et lorsqu'il est médicalement nécessaire que la personne assurée se joigne à un programme canadien reconnu de transplantation pour recevoir un cœur, un foie, un pancréas, un poumon ou un rein ou pour recevoir une greffe de moelle osseuse.

Transplantation d'un organe vital : S'entend d'un diagnostic définitif de défaillance complète et irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, et que la transplantation est médicalement nécessaire. Pour être admissible en vertu de la couverture pour transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir la transplantation d'un cœur, poumon, foie, rein ou une greffe osseuse, limitée à ces organes. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être effectué par un spécialiste.

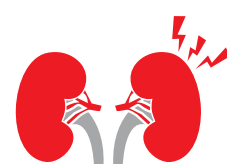
Maladie du motoneurone : S'entend d'un diagnostic définitif de l'une des conditions suivantes :

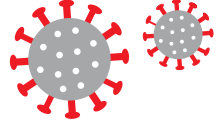
- ▶ sclérose latérale amyotrophique (communément appelé maladie de Lou Gehrig); (sclérose latérale amyotrophique signifie un diagnostic définitif de maladie de Lou Gehrig résultant en l'incapacité d'effectuer sans aide trois des six activités de la vie quotidienne. Un neurologue dûment agréé doit confirmer le diagnostic par écrit).
- ▶ sclérose latérale primaire;
- ▶ atrophie musculaire progressive;
- ▶ paralysie bulbaire progressive;
- ▶ pseudo-paralysie bulbaire.

Sclérose en plaques : S'entend d'un diagnostic écrit non équivoque de sclérose en plaques par un neurologue dûment agréé qui confirme au moins l'une des conditions suivantes :

- ▶ au moins deux épisodes cliniques distincts confirmés par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux indiquant la présence de lésions de démyélinisation; ou,
- ▶ anomalies neurologiques clairement démontrées persistant plus de six mois et confirmées par IRM du système nerveux indiquant la présence de plusieurs lésions de démyélinisation; ou,
- ▶ un seul épisode confirmé par IRM répété du système nerveux indiquant la présence de plusieurs lésions de démyélinisation développées successivement à au moins un mois d'intervalle.

Non-fumeur : S'entend de quelqu'un qui n'utilise pas de cigarettes, cigarillos, cigares, pipe, tabac à mâcher ou un quelconque produit à base de nicotine (timbre, gomme à mâcher, etc.) pendant au moins 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la police.





Infection professionnelle au VIH : S'entend d'un diagnostic définitif d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) directement imputable à une exposition accidentelle de l'assuré à du sang ou à des fluides corporels contaminés au VIH dans l'exercice de ses fonctions normales. La blessure accidentelle responsable de l'infection doit avoir eu lieu avant la date d'entrée en vigueur de la police, la date de la dernière remise en vigueur de la police, ou la date d'entrée en vigueur de la couverture de la personne assurée.

Le paiement en vertu de cette condition exige la satisfaction de toutes les conditions suivantes :

- la blessure accidentelle doit être rapportée à l'assureur dans les 14 jours suivant celle-ci;
- l'assuré doit subir un test de dépistage du VIH dans les 14 jours de la blessure accidentelle dont les résultats sont négatifs;
- l'assuré doit subir un test de dépistage du VIH entre le 90e et le 180e jour suivant la date de la blessure accidentelle dont les résultats sont positifs;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment agréé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être rapportée, investiguée et documentée conformément aux directives applicables aux lieux de travail alors en vigueur au Canada ou aux États-Unis.

Le diagnostic d'infection professionnelle au VIH doit être effectué par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette condition si :

- ▶ la personne assurée a choisi de refuser tout vaccin agréé disponible offrant une protection contre le VIH; ou,
- ▶ un traitement curatif agréé pour infection au VIH était disponible avant la date de la blessure accidentelle; ou,
- ▶ l'infection au VIH est survenue à la suite d'une blessure non-accidentelle incluant mais non limité à la transmission sexuelle et à l'usage de drogue par voie intraveineuse.



Paralysie : S'entend de la perte totale et irrécouvrable du fonctionnement de deux ou plusieurs membres en raison de dommages neurologiques attribuables à une blessure ou à une maladie, à la condition qu'une telle perte de fonctionnement soit continue pendant 365 jours consécutifs et qu'une telle perte de fonctionnement soit par la suite jugée permanente sur réception d'une preuve satisfaisante par Chubb. Un neurologue dûment agréé doit confirmer le diagnostic par écrit.

Maladie de Parkinson : S'entend d'un diagnostic non équivoque de la maladie de Parkinson primaire idiopathique résultant en l'incapacité d'effectuer sans aide trois des six activités de la vie quotidienne. Le diagnostic doit indiquer des signes progressifs de perte fonctionnelle et doit être confirmé par écrit par un neurologue dûment agréé.

Prestation de second évènement : Si la personne assurée reçoit un diagnostic de l'une ou l'autre des conditions suivantes :

Catégories de conditions :

- Cancer, ou,
- Trouble cardiovasculaire (défini comme une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un pontage coronarien, une chirurgie aortique ou le remplacement d'une valve du cœur)

pour laquelle le capital assuré a été versé et l'assuré est par la suite considéré (par son médecin traitant) complètement rétabli et ne recevant pas activement de traitement et est retourné au travail pour une période d'au moins 90 jours puis reçoit par la suite un diagnostic d'une autre condition assurée, la prestation de second évènement payable sera égale au capital assuré (moins tout paiement partiel versé après le paiement initial du total du capital assuré). La prestation de second évènement est assujettie à la survivance de la personne assurée au moins 30 jours après la date du diagnostic de ladite condition assurée. Un conjoint assuré est considéré admissible à une prestation de second évènement 90 jours après la complétion du traitement requis et 30 jours de survivance après la date du diagnostic de ladite condition assurée.

Pour être considéré en tant que second évènement, le premier évènement et le second ne peuvent concerner la même catégorie de conditions.

La prestation de second évènement n'est payable qu'une seule fois. Le paiement de la prestation de second évènement représentera la décharge complète et finale de toutes les réclamations en vertu de la prestation de second évènement. Suite au paiement de la prestation de second évènement, la couverture en vertu de la présente police prendra fin.

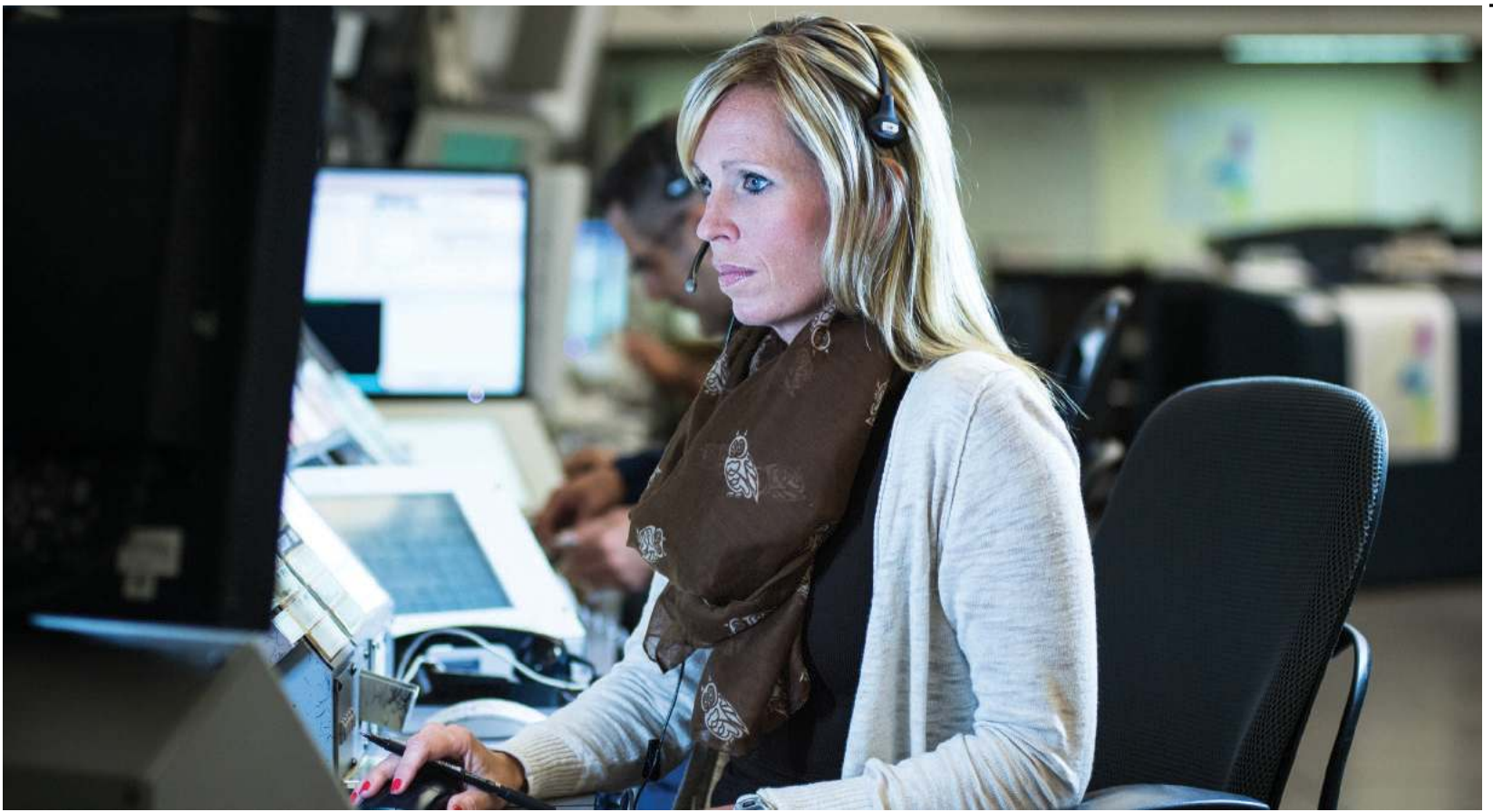
Brûlures graves : S'entend d'une brûlure du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps de l'assuré. Un chirurgien plastique dûment agréé doit confirmer le diagnostic de cette condition par écrit.

Accident vasculaire cérébral : S'entend d'un incident vasculaire cérébral, excluant un accident ischémique transitoire (AIT), produisant une infarction du tissu cérébral suite à une thrombose, hémorragie d'un vaisseau intracrânien ou embolie causée par une source extracrânienne. Il doit y avoir évidence d'un déficit neurologique permanent persistant pendant 30 jours consécutifs, appuyés par l'évidence d'un déficit résultant d'un accident vasculaire cérébral, confirmé par écrit par un neurologue dûment agréé.

Avis de non-responsabilité

À des fins de référence la définition contient qu'une brève description seulement et ne mentionne pas chaque disposition du contrat émis. Ne pas oublier que les droits et obligations sont déterminés par le contrat et non par cette brochure.





À propos de l'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA*

La compagnie Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie (« Chubb ») souscrit l'assurance maladies graves *Sain & Sauf de l'ACCTA*. Chubb est l'une des plus grande compagnie cotée en bourse du monde entier, présent dans 54 pays. Au Canada, Chubb exerce ses activités par l'intermédiaire de Chubb du Canada Compagnie d'Assurance et de Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie.

Coughlin & associés Itée

Ce régime d'assurance a été développé en collaboration avec Coughlin & associés Itée (« Coughlin »).

Fondée en 1958, nous sommes une firme de conseillers en avantage sociaux et d'administrateurs de régimes collectifs multiemployeurs et d'associations, Coughlin est devenue au fil des ans un chef de file des services conseils et de la tierce administration de régimes d'avantages sociaux.

Nos services vont de la consultation au développement du régime jusqu'au traitement des paiement et à l'administration du régime – et ils sont appuyés par l'engagement de Coughlin à vous offrir un Service au-delà de vos attentes dans tout ce que nous faisons.

www.coughlin.ca/catca-accta

