



Association Canadienne du Contrôle du Trafic Aérien
Sain et Sauf de l'ACCTA régime d'assurance maladies graves
Souscrit par ACE Canada



La présente certifie que le titulaire désigné du certificat est assuré conformément aux conditions de la police d'assurance collective CI10334601 émise, à la fiducie d'assurance de l'ACCTA. Le présent certificat remplace tous autres certificats portant une date d'émission antérieure. Ce certificat n'est pas un contrat d'assurance. Les droits concernant l'interprétation sont régis par la police d'assurance collective. Le capital de l'assurance et la nomination du bénéficiaire sont ceux qui ont été inscrits dans les dossiers dont dispose l'administrateur au moment de la demande de règlement. La protection demeure en vigueur aussi longtemps que les primes sont versées, sauf mention contraire.

CHANGEMENTS : Il importe que les dossiers de l'administrateur demeurent à jour. Si vous déménagez, faites en sorte d'informer votre administrateur de votre changement d'adresse.

IMPORTANT : Ce certificat annule et remplace tous les documents précédents. Veuillez conserver votre certificat dans un endroit sûr.

Pour plus de commodité, veuillez consulter le dépliant ci-joint pour les dispositions du contrat établi ainsi que la liste de définitions des maladies graves couvertes.

<p>Date de la dernière modification : «CHGDT» Date d'émission : «ISSUEDT» Numéro de référence : «PIN»</p>	<p style="text-align: center;">ASSURANCE (EN DEVISES CANADIENNES)</p> <p>Couverture Membre : «CI_MB» \$ Optionnelle Conjoint(e) : «CI_SP» \$</p> <p>Conjoint(e) assuré(e) : «SP_NAME»</p> <p>BÉNÉFICIAIRE</p> <p>Membre : «CI_BEN1» «CI_BEN2»</p>
<p>«FNAME» «INIT» «LNAME» «ADDR1» «ADDR2» «CITY», «PROV» «PCODE»</p>	



Coughlin & associés ltée
C.P. 3517, succursale C, Ottawa ON K1Y 4H5
Tél.; (613) 231-2266 / 1-888-613-1234 ext 4288
Télec.: (613) 231-2345
www.coughlin.ca/catca-accta/



Association Canadienne du Contrôle du Trafic Aérien
Sain et Sauf de l'ACCTA régime d'assurance maladies graves
Souscrit par ACE Canada
Régime CI10334601



Pour plus de commodité, ce document contient une brève description seulement et ne mentionne pas toutes les dispositions du contrat établi.
Nous vous rappelons que les droits et obligations sont déterminés en conformité avec le contrat et non ce dépliant.



ADMISSIBILITÉ

Membre :

Tous les membres en règle de l'ACCTA et le personnel de l'ACCTA qui sont activement au travail et ayant moins de 65 ans peuvent bénéficier d'une couverture en vertu de ce régime, et ce, si l'assureur approuve la demande.

Conjoint (e) signifie :

- Une personne, résidente du Canada, et qui est votre conjoint(e);
- personne avec laquelle vous êtes marié;
- une personne de sexe opposé ou du même sexe qui vit avec vous depuis au moins un an, en relation conjugale hors mariage.

La garantie couvre un seul conjoint à la fois.

PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

Membre

Si aucune déclaration d'état de santé n'est exigée, l'assurance prend effet le jour où vous y êtes admissible. Si une déclaration d'état de santé est exigée, l'assurance prend effet le jour où ACE-INA approuve cette déclaration. Une déclaration d'état de santé est exigée si vous soumettez votre demande d'adhésion plus de 31 jours après la date de votre admissibilité. Si vous n'êtes pas un membre en règle de l'ACCTA à la date de prise d'effet fixée, la garantie ne prendra effet qu'à partir de la date à laquelle vous répondez à la définition de membre en règle.

Personne à charge

L'assurance de la personne à charge prend effet le jour où ACE-INA approuve la déclaration d'état de santé. Si une personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle l'assurance prend effet, cette dernière ne prend effet qu'à la date à laquelle la personne à charge obtient son congé de l'hôpital.

CESSATION DE PARTICIPATION

Membre :

Votre assurance prend fin à la première des dates suivantes, sauf si elle est maintenue en vigueur aux termes de la clause intitulée maintien en vigueur des garanties :

- le dernier jour du mois pour lequel la prime est payée en votre nom;
- le 1^{er} du mois suivant le jour que vous atteignez l'âge maximal de 65 ans;
- le jour où le contrat prend fin ou;
- le premier du mois suivant la réception d'une demande de résiliation écrite, signée et datée par le membre.

Conjoint(e) admissible(s)

L'assurance d'un(e) conjoint(e) prend fin à la première des dates suivantes:

- le dernier jour du mois pour lequel la prime n'est pas acquittée au nom de votre conjoint(e);
- le 1^{er} du mois suivant le jour que votre conjoint(e) atteint l'âge maximal de 65 ans;
- le jour où l'assurance d'un(e) conjoint(e), aux termes du contrat, prend fin;
- le jour où le contrat prend fin;
- le premier du mois suivant la réception d'une demande de résiliation écrite, signée et datée par le membre.

MAINTIEN EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties seront maintenues en vigueur, sous réserve du règlement des primes, si un salarié du preneur de la police est :

- mis à pied temporairement;
- temporairement absent du travail en raison d'une invalidité de courte durée;
- en congé autorisé;
- en congé de maternité.

Si un salarié du preneur de la police exerce un autre emploi durant son congé ou sa mise à pied, aucune indemnité ne sera payable en cas de sinistre survenant durant l'exercice des fonctions dudit emploi.

TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE

À la cessation de votre couverture ou pendant une période de 31 jours suivant la date de la cessation de la couverture, l'assuré peut transformer sa police de groupe en une police d'assurance individuelle de ACE-INA Life Insurance, après vérification de la preuve d'assurabilité. Le montant de la couverture d'assurance maladies graves transformé ne peut excéder le montant de la couverture en vigueur au moment de la transformation jusqu'à un maximum de toutes les polices combinées de 25 000 \$.

DÉCLARATION DE SINISTRE POUR L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Dans les 30 jours suivant la période de survie, ou, si plus tard, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais dans aucun cas plus de 1 an après la date du diagnostic, une déclaration de sinistre écrite doit être présentée à l'assureur. Ladite déclaration fera état de la survenance ou du début de tout sinistre couvert en vertu de la police. Une déclaration présentée par ou pour le demandeur à l'assureur ou à tout agent autorisé de l'assureur, et contenant suffisamment de renseignements pour permettre l'identification de l'assuré sera considérée comme une déclaration présentée à l'assureur.

Les formulaires de réclamation sont disponibles en contactant l'administrateur du régime.

Coughlin & associés Ltée
C.P. 3517, succursale C, Ottawa ON K1Y 4H5
Tél.: (613) 231-2266 / 1-888-613-1234
Télec.: (613) 231-2345
www.coughlin.ca/catca-accta/

CHANGEMENT D'ADRESSE

Il importe que les dossiers de l'administrateur demeurent à jour. Si vous déménagez, faites en sorte d'informer votre administrateur de votre changement d'adresse.

Prestation

Si, pendant que la présente garantie est en vigueur, vous-même ou votre conjoint recevez un diagnostic de maladie grave et, sous réserve de satisfaction à la période de survie, en vertu des dispositions de la présente garantie, ACE-INA versera le capital assuré pour maladie grave en vigueur à la date de la maladie ou du diagnostic.

La période de survie est le nombre minimum de jours consécutifs suivant immédiatement la date du diagnostic d'une maladie grave couverte pendant laquelle l'assuré doit survivre avant que le capital assuré relatif à ladite maladie soit payable. Aux termes de la présente garantie, la période de survie est de 30 jours ou toute période plus longue stipulée dans la définition de la maladie grave couverte.

IMPORTANT

Ce certificat annule et remplace tous les documents précédents. Veuillez conserver votre certificat dans un endroit sûr.

Les renseignements qui y sont contenus résument les prestations et les dispositions de votre programme d'assurance facultative. Ils ne sauraient constituer des polices collectives ni un contrat d'assurance ou créer ou conférer tous droits contractuels ou autres. Tout effort a été consacré pour vérifier que les renseignements sont précis. Toutefois, s'il devait y avoir une question quant à l'interprétation, tous les droits rattachés à un assuré sont régis uniquement par les polices collectives émises par Coughlin & associés Ltée et par ACE-INA dans le cadre du programme d'assurance maladies graves collective de l'Association canadienne du contrôle du trafic aérien.

Restrictions

Cancer : Il y a une période d'exclusion en cas de cancer et de carcinome canalaire in situ (CCIS). Aucune indemnité ne sera versée si la personne assurée reçoit un diagnostic dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police. Pendant cette période d'exclusion, le carcinome canalaire in situ ne sera pas couvert si un diagnostic de CCIS ou de toute autre forme de cancer, qu'il soit couvert ou non en vertu du présent contrat, est reçu ou si tous symptômes ou troubles médicaux se manifestent, persistent ou reviennent et nécessitent une investigation menant éventuellement à un diagnostic de cancer ou de CCIS. Advenant tout diagnostic de cette nature, la police demeurera en vigueur, mais le cancer ou carcinome canalaire in situ ne sera plus considéré comme une maladie couverte, sauf si l'assuré reçoit après la période d'exclusion un diagnostic de cancer non relié au précédent.

Une indemnité sous forme de montant forfaitaire sera versée sur confirmation du diagnostic du médecin de l'une des maladies ou blessures couvertes et après y avoir survécu au moins 30 jours (une période d'exclusion de 365 jours s'applique dans le cas d'une paralysie et de 90 jours dans le cas d'un cancer).

Exclusions

Aucune indemnité ne sera versée en vertu de la présente police pour toute maladie ou blessure causée directement ou indirectement ou résultant de l'un ou l'autre des actes et événements suivants :

- blessures auto-infligées délibérément, suicide ou tentative de suicide, peu importe l'état mental de la personne;
- guerre ou acte de guerre, déclaré ou non déclaré;
- toute blessure ou maladie, autre que l'une de celles spécifiquement couvertes, même si celle-ci pourrait être compliquée par l'une des blessures ou maladies couvertes;
- une complication résultant de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de toute variante de cela, y compris le SIDA et le para sida;
- l'usage, l'existence ou la fuite d'armes ou d'équipement nucléaire ou de rayonnement ionisant émanant ou contaminé par la radioactivité provenant de tout carburant nucléaire ou déchet nucléaire émis par la combustion d'un carburant nucléaire;
- tout acte ou conséquence de toute tentative qui, si soumis à une cour de justice, serait considéré comme un acte illégal en vertu des lois de la juridiction dans laquelle il a été commis;
- l'abus de médicaments ou de drogues ou de substances toxiques; et/ou
- toute condition médicale préexistante, sauf lorsque la couverture est en vigueur depuis un minimum de 24 mois consécutifs suivant la date de prise d'effet de la couverture de la personne assurée.

Exclusion de 90 jours relative au CCIS, au traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) et au cancer

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

- a) la date d'effet, ou ;
- b) la date de la dernière remise en vigueur de la police.

Pendant cette période d'exclusion, le CCIS, le traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) ou le cancer ne sera pas couvert si un diagnostic de CCIS ou de tout type de cancer, ou, encore, un traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b), qu'il soit couvert ou non en vertu du présent contrat, est reçu ou si tous symptômes ou troubles médicaux se manifestent, persistent ou reviennent et nécessitent une investigation menant éventuellement à un diagnostic de cancer. Advenant tout diagnostic de cette nature, la police demeurera en vigueur, mais le cancer ne sera plus considéré comme une maladie couverte, sauf si l'assuré reçoit après la période d'exclusion un diagnostic de cancer non relié au précédent.

VF – ACCTA- MG-11 déc. 2013

<p>MALADIES ASSURÉES : Accident vasculaire cérébral, Brûlures graves, Cancer, CCIS, Cécité, Chirurgie de l'aorte, Coma, Crise cardiaque, Infection professionnelle au VIH, Insuffisance d'un organe vital, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson, Maladie de motoneurone, Mutilation, Paralyse, Perte d'autonomie, Perte de la parole, Pontage aortocoronarien, Remplacement d'une valve du cœur, Sclérose en plaques, Surdité, Traitement du cancer de la prostate à stade précoce (T1a ou T1b), Transplantation d'un organe vitale et Tumeur cérébrale bénigne.</p> <p>DÉFINITIONS : Accident vasculaire cérébral : Incident vasculaire cérébral, excluant un accident ischémique transitoire (AIT), produisant un infarctus du tissu cérébral attribuable à une thrombose, une hémorragie d'un vaisseau intracrânien ou une embolie causée par une source extracrânienne. Il doit y avoir une indication d'un déficit neurologique permanent persistant pendant 30 jours consécutifs, appuyée par une attestation que le déficit résulte d'un accident vasculaire cérébral, le tout confirmé par écrit par un médecin spécialisé en neurologie. Brûlures graves : Brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps de l'assuré. Un médecin spécialisé en chirurgie plastique doit confirmer le diagnostic de cet état par écrit. Cancer : Tumeur maligne caractérisée par la prolifération et la propagation incontrôlées de cellules malignes et l'envahissement des tissus. Ceci inclut la leucémie, la maladie de Hodgkin et le mélanome invasif, mais exclut les maladies suivantes : a) carcinome <i>in situ</i> ; b) sarcome de Kaposi ou autres cancers reliés 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 moins de 0,75 millimètre ; d) cancer de la prostate diagnostiqué comme T1 N0 M0 ou à un stade d'évolution équivalent. e) récurrence ou métastase d'un cancer dont le diagnostic original est antérieur à la date d'entrée en vigueur de la présente assurance. Un médecin spécialisé en oncologie doit confirmer le diagnostic par écrit. CCIS : Diagnostic par un médecin, de la présence d'un carcinome canalaire <i>in situ</i> du sein, confirmé par biopsie. Un médecin spécialisé en oncologie doit confirmer le diagnostic par écrit. Sous réserve des dispositions de la présente police, l'assureur versera à une assurée 20 % du capital assuré jusqu'à concurrence d'un plafond de 20 000 \$ si, pendant qu'elle est assurée, ladite assurée reçoit un diagnostic de CCIS auquel elle survit pendant 30 jours. Cécité : Perte totale et irrécouvrable de la vue des deux yeux attribuable à une blessure ou à une 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 médecin spécialisé en ophtalmologie doit cliniquement confirmer le diagnostic par écrit. Chirurgie de l'aorte : Intervention pratiquée sur l'aorte médicalement nécessaire pour traiter une affection de l'aorte et impliquant l'excision de la partie de l'aorte qui est atteinte et son remplacement par une greffe. La chirurgie de l'aorte doit être effectuée suivant le préavis écrit d'un médecin spécialisé en chirurgie cardiovasculaire. L'aorte comprend l'aorte thoracique et l'aorte abdominale, mais non les branches de l'aorte. Coma : État d'inconscience pour une période de 96 heures consécutives pendant laquelle les stimulations externes ne produisent que des réflexes primitifs d'évitement. Un médecin spécialisé en neurologie doit confirmer le diagnostic par écrit. Crise cardiaque : Diagnostic définitif de nécrose du muscle cardiaque résultant d'une obstruction de l'apport sanguin causant des hausses et des baisses des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux considérés comme des manifestations d'un infarctus du myocarde et associées à au moins un des symptômes suivants : a) symptômes de crise cardiaque ; ou b) modifications récentes du tracé électrocardiographique (ECG) indicatives d'une crise cardiaque ; ou c) apparition de nouvelles ondes Q durant et suivant immédiatement une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne. Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste. Exclusions : Aucune indemnité ne sera versée en vertu de cette disposition dans les circonstances suivantes : a) Marqueurs biochimiques cardiaques élevés accompagnés de : (i) niveau de troponine inférieur à 1 (ii) niveau de CK-Mb inférieur à 4, ou b) Modifications de l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur, qui ne répond pas à la définition de « crise cardiaque » donnée précédemment. Garantie en cas de deuxième sinistre : Si l'assuré reçoit un diagnostic de l'une des affections suivantes : Catégories de maladies couvertes A) Cancer, ou B) Maladie cardiovasculaire (crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, pontage aortocoronarien, chirurgie de l'aorte ou de remplacement d'une valve du cœur) pour laquelle le capital assuré a été versé et que ledit assuré est par la suite considéré (par son médecin traitant) comme étant totalement guéri, qu'il ne reçoit activement pas de traitements et qu'il a repris le travail depuis une période d'au moins 90 jours, si celui-ci reçoit un diagnostic d'une autre maladie couverte, l'indemnité payable pour le deuxième sinistre sera égale au capital assuré (moins toute indemnité partielle versée après le versement du plein capital assuré). L'indemnité en cas de deuxième sinistre est payable sous réserve que le salarié survive au moins 30 jours audit diagnostic de nouvelle maladie couverte. Un conjoint assuré est considéré admissible à la garantie en cas de deuxième sinistre 90 jours après que le traitement requis est terminé et qu'il a survécu 30 jours au diagnostic de ladite maladie couverte. Pour être considéré admissible à la garantie en cas de deuxième sinistre, le premier et le second sinistre ne doivent pas appartenir à la même catégorie de maladies couvertes. L'indemnité en cas de deuxième sinistre n'est payable qu'une seule fois. Le versement de l'indemnité en cas de deuxième sinistre constituera l'indemnisation complète et finale de tout sinistre en vertu de la garantie en cas de deuxième sinistre. Après le versement de l'indemnité en cas de deuxième sinistre, l'assurance en vertu de la présente police prendra fin. Infection professionnelle au VIH : Diagnostic définitif d'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) directement imputable à une blessure accidentelle subie pendant par l'assuré dans l'exercice de ses fonctions normales, blessure qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH. La blessure accidentelle à l'origine de l'infection doit être survenue après la plus tardive des dates suivantes : la date d'entrée en vigueur de la police, la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur de la police, ou la date à laquelle l'assurance a pris effet dur la tête de l'assuré. Pour avoir droit à une indemnité en vertu de la présente disposition, l'assuré doit satisfaire à tous les critères suivants : a) la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant la date à laquelle elle est survenue ; b) un test sanguin de dépistage du VIH doit être effectué dans les 14 jours suivant la date à laquelle la blessure accidentelle est survenue et doit produire des résultats négatifs ; c) un test sanguin pour le dépistage du VIH doit être effectué entre les 90e et 180e jours suivant la date à laquelle la blessure accidentelle est survenue et doit produire des résultats positifs ;</p>	<p>d) Tous les tests de dépistage du VIH doivent être effectués dans des laboratoires dûment habilités au Canada ou aux États-Unis d'Amérique ; e) la blessure accidentelle doit être signalée, et faire l'objet d'une enquête et d'une documentation conformes aux lignes directrices relatives à l'emploi en vigueur au Canada et aux États-Unis d'Amérique. Le diagnostic d'infection professionnelle au VIH doit être confirmé par un médecin spécialiste. Exclusions : Aucune indemnité ne sera payable en vertu de la présente disposition : • si l'assuré a décidé de ne pas se prévaloir de tout vaccin disponible reconnu contre le VIH avant de contracter ladite infection ; ou, • si une cure reconnue pour le VIH est devenue disponible avant la survenance de la blessure accidentelle ; ou, • si l'infection au VIH résulte de toute blessure non accidentelle (y compris, entre autres, toute transmission sexuelle ou toute utilisation de drogues par voie intraveineuse). Insuffisance d'un organe vital : défaillance complète et irréversible du cœur, du foie, des deux poumons, des deux reins ou de la moelle osseuse, ayant pour conséquence que l'organe touché ne répond à aucun traitement et que l'assuré est médicalement tenu de s'inscrire à un programme de transplantation d'organes reconnu au Canada afin de recevoir un cœur, un foie, un poulmon, un rein ou une greffe de moelle osseuse. Maladie d'Alzheimer : Diagnostic précisant que l'assuré est atteint de la maladie d'Alzheimer, laquelle est une maladie dégénérative 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, et entraînant une réduction marquée de son fonctionnement mental et social, de telle sorte que son état requiert une surveillance personnelle quotidienne permanente pour ce qui est des activités de la vie quotidienne. Tous autres troubles organiques du cerveau causant la démence et toutes maladies psychiatriques sont exclus de la présente définition. Un médecin spécialisé soit en neurologie soit en psychiatrie doit confirmer le diagnostic par écrit. Maladie de Parkinson : Diagnostic non équivoque de maladie de Parkinson primaire idiopathique attestant l'incapacité d'effectuer sans aide 3 des 6 activités de la vie quotidienne. Le diagnostic doit faire état de manifestations de perte fonctionnelle progressive et doit être confirmé par écrit par un médecin spécialisé en neurologie. Maladie du motoneurone : Diagnostic définitif d'une des affections suivantes : • sclérose latérale amyotrophique (SLA) : Diagnostic non équivoque de SLA attestant l'incapacité d'effectuer sans aide 3 des 6 activités de la vie quotidienne. Un médecin spécialisé en neurologie doit confirmer le diagnostic par écrit. • sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) • sclérose latérale primaire • atrophie spinale musculaire progressive • paralysie bulbaire progressive • pseudo-paralysie bulbaire progressive Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être confirmé par un médecin spécialiste. Mutilation : Diagnostic définitif de séparation complète de deux membres ou plus à l'articulation du poignet ou de la cheville ou plus haut à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être confirmé par un médecin spécialiste. Non-fumeur : Personne qui n'a pas fait usage de cigarettes, cigarillos, cigares, pipe, tabac à mâcher ou produits à base de nicotine (timbres, gomme à mâcher, etc.) pendant au moins 12 mois avant la date de son inscription au régime. Paralyse : Perte totale et irrécouvrable du fonctionnement de 2 membres ou plus en raison de dommages neurologiques attribuables à une blessure ou à une maladie, sous réserve que ladite perte fonctionnelle dure au moins 365 jours consécutifs et qu'il soit déterminé par la suite, au moyen d'une attestation jugée satisfaisante par l'Assurance-vie ACE INA, que ladite perte fonctionnelle est permanente. Un médecin spécialisé en neurologie doit confirmer le diagnostic par écrit. Perte d'autonomie : Diagnostic définitif posé par un médecin autorisé de l'une ou l'autre des conditions suivantes : • (1) incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne, ou, • (2) présence de troubles cognitifs. Les troubles mentaux ou nerveux sans cause organique démontrables ne sont pas couverts. La perte d'autonomie doit persister pendant une période d'au moins 90 jours après la date du diagnostic. Perte de la parole : Diagnostic définitif de perte totale et irréversible de la capacité de parler à la suite d'une blessure ou d'une maladie, pour une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être confirmé par un médecin spécialiste. Pontage aortocoronarien : Chirurgie pratiquée par un médecin spécialisé en chirurgie cardiovasculaire dans le but de corriger, par l'implantation de greffons, le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronariennes. Les techniques non chirurgicales, telles que l'angioplastie percutanée transluminale, la désobstruction au laser ou toutes autres techniques intra artérielles ne sont pas considérées comme des maladies graves couvertes. Remplacement d'une valve du cœur : Chirurgie ayant pour but le remplacement de toute valve du cœur, qu'elle soit naturelle ou mécanique. La chirurgie doit être déclarée médicalement nécessaire par un médecin spécialiste. Exclusion : Aucune indemnité n'est payable en vertu de la présente disposition pour toute réparation d'une valve du cœur. Sclérose en plaques : Diagnostic sans équivoque fourni par écrit par un médecin spécialisé en neurologie, confirmant au moins un des aspects suivants : • deux crises cliniques distinctes ou plus, confirmées par des tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, confirmant la présence de multiples lésions de démyélinisation ; ou • anomalies neurologiques clairement définies durant depuis plus de 6 mois, confirmées par IRM du système nerveux, confirmant la présence de multiples lésions de démyélinisation ; ou • une seule crise, confirmée par des tests répétés d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, confirmant la présence de multiples lésions de démyélinisation qui se sont développées successivement, à intervalles d'au moins un mois. Surdité : Diagnostic de perte permanente de l'ouïe des deux oreilles de l'assuré, avec un seuil auditif de plus de 90 décibels dans chaque oreille. Un médecin spécialisé en otolaryngologie doit confirmer le diagnostic par écrit. Traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) : Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste. Aucune indemnité ne sera versée à moins que le spécialiste ait recommandé un des traitements suivants : • chirurgie de la prostate • radiothérapie • chimiothérapie • hormonothérapie Sous réserve des dispositions de la présente police, l'assureur versera à un assuré 20 % du capital assuré jusqu'à concurrence d'un plafond de 20 000 \$ si, pendant qu'il est assuré, ledit assuré reçoit un traitement du cancer de la prostate à un stade précoce (T1a ou T1b) auquel il survit pendant 30 jours. Transplantation d'un organe vital : Diagnostic définitif de défaillance complète et irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, ayant pour conséquence qu'une transplantation est médicalement nécessaire. Pour être admissible à la garantie en cas de transplantation d'un organe vital, l'assuré doit subir une greffe chirurgicale à titre de receveur d'un cœur, d'un poulmon, d'un foie, d'un rein ou de moelle osseuse. La garantie ne couvre que les greffes desdits organes. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être confirmé par un médecin spécialiste. Tumeur cérébrale bénigne : Formation néoplasique bénigne dans le cerveau et dans les méninges avec confirmation histologique. Sont spécifiquement exclus tous granulomes kystiques, malformations des veines et artères intracrâniennes, et tumeurs et lésions de la glande pituitaire. Le diagnostic doit être confirmé par neuroradiologie par un spécialiste formé dans l'interprétation des examens radiologiques.</p>
--	--