

CERTIFICAT D'ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE DE L'AFPC

La présente certifie que le titulaire désigné du certificat est assuré conformément aux conditions de la police d'assurance collective CO10367302 émise, à la fiducie d'assurance de l'AFPC. 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.

«FNAM» «INT» «LNAM»
«ADDR1»
«ADDR2»
«CTTY», «PROV» «PCODE»



NUMÉRO DE RÉFÉRENCE :	«PIN»
DATE D'ÉMISSION :	«ISSUEDT»

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.

IMPORTANT

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

Les renseignements qui y sont contenus résumant 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'Alliance de la Fonction publique du Canada.

Conjoint(e) ou enfant(s) admissible(s)

L'assurance d'une personne à charge prend fin à la première des dates suivantes:

- le dernier jour du mois pour lequel la prime n'est pas versée au nom de votre conjoint(e);
- la journée où le membre n'est plus un membre en règle de l'AFPC;
- le jour que votre conjoint(e) atteint l'âge maximal de 65 ans;
- le jour que votre enfant cadet atteint l'âge maximal de 25 ans;
- le jour où l'assurance de la personne à charge, 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 peu 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.

ELIGIBILITÉ

Membre :

Tous les membres en règle de l'AFPC et le personnel de l'AFPC 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) :

Une personne, résidente du Canada, et qui est votre conjoint(e).

Conjoint (e) signifie :

- 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.

Enfant(s) admissible(s) :

Un enfant à charge est admissible à la garantie à la plus tardive des dates suivantes :

- à la date de prise d'effet de votre garantie;
- à partir de la date où la personne répond à la définition de personne à charge.

Enfant(s) admissible (s) signifie :

- un enfant âgé de moins de 21 ans et qui dépend financièrement de vous;
- ou de moins de 25 ans s'il est étudiant à temps plein et qu'il fréquente une institution scolaire canadienne accréditée.

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 n'est pas versée en votre nom;
- le jour où vous n'êtes plus un membre en règle de l'AFPC;
- le jour où vous n'êtes plus un membre d'une classe admissible;
- le jour où 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.



Coughlin & associés Ltée
C.P. 3518, succursale C, Ottawa ON K1Y 4G1
Tél.; (613) 237-6792 / 1-800-216-1107
Télec.: (613) 231-2345
Internet : www.coughlin.ca/psac-afpc

V.PSAC-CI-20100324

MALADIES ASSURÉES :

Accident vasculaire cérébral, Brûlures graves, Cancer, Cécité, Chirurgie de l’aorte, Coma, Crise cardiaque, Défaillance d’un organe vital, Infection professionnelle au VIH, Maladie d’Alzheimer, Maladie de Parkinson, Paralyisie, Pontage aortocoronarien, Sclérose en plaques, Sclérose latérale amyotrophique (SLA), Surdité et Tumeur cérébrale bénigne.

Prestations additionnelles (*indique indemnisation partielle) :

- Couverture en cas de carcinome canalaire in situ (CCIS)*;
- Couverture en cas de perte d’autonomie*;
- Couverture d’une deuxième maladie grave.

DÉFINITIONS

La garantie des maladies graves ne s’applique qu’aux maladies ou troubles définis ci-dessous. Toute maladie ou trouble qui n’est pas expressément défini ci-dessous n’est pas couvert par la présente garantie et, par conséquent, n’ouvre droit à aucun versement de prestation.

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 :

- carcinome in situ;
- sarcome de Kaposi ou autres cancers reliés au SIDA et cancer en présence du virus de l’immunodéficience humaine (VIH);
- cancer de la peau ou mélanome non invasif d’une profondeur de moins de 0,75 millimètre;
- cancer de la prostate diagnostiqué comme T1 N0 M0 ou à un stade d’évolution équivalent.

Un médecin spécialisé en oncologie doit confirmer le diagnostic par écrit.

Carcinome Canalaire In Situ (CCIS) : Diagnostic par un médecin, de la présence d’un carcinome canalaire in situ du sein, confirmé par biopsie. Un médecin spécialisé en oncologie doit confirmer le diagnostic par écrit.

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.

Couverture d’une deuxième maladie grave : Si vous recevez un diagnostic de cancer et que vous retournez ensuite au travail pour une période d’au moins 90 jours à la suite de laquelle vous subissez une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou un pontage aortocoronarien couverts en vertu du présent contrat d’assurance, vous recevrez alors une deuxième somme égale au montant de la couverture. Il en sera de même si vous subissez une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou un pontage aortocoronarien couverts en vertu du présent contrat d’assurance et que vous retournez ensuite au travail pour une période d’au moins 90 jours à la suite de laquelle vous recevez un diagnostic de cancer.

Crise cardiaque : Nécrose d’une partie du muscle cardiaque résultant d’un apport de sang insuffisant à la partie atteinte. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un médecin spécialisé en médecine interne ou en cardiologie et doit être fondé sur des modifications récentes du tracé électrocardiographique indicatives d’une crise cardiaque et d’au moins une ds constatations suivantes : hausse des marqueurs biochimiques cardiaques ou hausse des enzymes cardiaques à des niveaux associés à une crise cardiaque.

La crise cardiaque ne comprend pas la hausse des marqueurs biochimiques cardiaques ou des enzymes cardiaques attribuable à une angioplastie coronarienne sauf si ladite hausse s’accompagne de modifications diagnostiques d’un infarctus à onde Q sur l’ECG.

Défaillance 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 poumon, un rein ou une greffe de moelle osseuse.

Infection professionnelle au VIH : Signifie une infection au virus de l’immunodéficience humaine (VIH) directement imputable à une blessure accidentelle subie par l’assuré dans l’exercice de ses fonctions normales au Canada ou aux États-Unis d’Amérique. Un diagnostic d’infection au VIH doit être posé par un médecin. Pour avoir droit à une indemnité pour maladie grave, l’assuré doit répondre à tous les critères suivants :

- la blessure accidentelle ayant causé l’infection doit être survenue après la plus tardive des dates suivantes : la date d’effet de la police ou la date de sa dernière remise en vigueur, si la police est tombée en déchéance et a été remise en vigueur ;
- la blessure accidentelle doit nous être signalée par écrit dans les 14 jours suivant la date à laquelle elle est survenue ;
- un test 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;
- un test de suivi 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 ; et
- la blessure accidentelle doit être signalée, et faire l’objet d’une enquête et d’une documentation conformes aux pratiques d’emploi prudentes et à toute législation, réglementations et lignes directrices applicables.

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.

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.

Paralyisie : 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 :

- incapacité totale et permanente d’effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne, ou,
- 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.

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.

Sclérose en plaques : Diagnostic écrit non équivoque posé par un médecin spécialisé en neurologie, confirmant au moins des anomalies neurologiques modérées et persistantes, accompagnées d’une perte fonctionnelle, mais ne confinant pas nécessairement l’assuré à un fauteuil roulant ou à un lit.

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.

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.

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.

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.

EXCLUSIONS

Le régime ne prévoit aucune prestation pour l’une des maladies spécifiques couvertes qui est causée directement ou indirectement ou qui résulte de ce qui suit :

- une blessure infligée intentionnellement à soi-même, un suicide ou toute tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d’esprit ou non;
- une guerre déclarée ou non déclarée ou tout acte de guerre;
- une blessure ou une maladie, autre qu’une des maladies spécifiques couvertes, même si la blessure ou la maladie a fait l’objet de complications entraînées par l’une des maladies spécifiques couvertes;
- une complication résultant de l’infection au virus de l’immunodéficience humaine (VIH) ou de toute variance de cela, y compris le SIDA et le para sida;
- l’utilisation, l’existence ou la fuite provenant d’armes nucléaires, de matériel nucléaire ou de rayonnement ionisant provenant de ou la contamination par radioactivité provenant de tout combustible nucléaire ou de déchets nucléaires provenant de la combustion nucléaire;
- la perpétration ou toute tentative de perpétration par la personne assurée de tout acte qui, si un tribunal devait se prononcer, serait un acte illégal en vertu des lois de la compétence où l’acte a été perpétré;
- mauvaise utilisation de médicaments ou abus de drogues et d’alcool.