

Assurance contre la maladie grave

Police Prestation du vivant



Table des matières

Aperçu de l'assurance contre la maladie grave	2	Remboursement des primes à la résiliation (RPR).....	10	Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	17
En quoi consiste l'assurance contre la maladie grave?.....	2	Formule servant au calcul du remboursement des primes à la résiliation pour RPR 15	11	Insuffisance rénale	17
Quel est le besoin?.....	2	Formule servant au calcul du remboursement des primes à la résiliation	11	Perte d'autonomie	17
Profil des clients au Canada.....	2	Droits de transformation.....	13	Perte de membres	18
Quelques statistiques.....	2	Transformation d'une police ou d'un avenant d'assurance temporaire contre la maladie grave en une police d'assurance contre la maladie grave à prime fixe.....	13	Perte de la parole.....	18
Conseils de tarification.....	3	Exigences	13	Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente	18
Proposition.....	3	À ne pas oublier	13	Transplantation d'un organe vital.....	18
Examen médical	3	Troubles médicaux couverts	14	Maladie du neurone moteur.....	19
Liste de vérification préalable à l'assurance	3	Maladies graves couvertes	14	Sclérose en plaques	19
Antécédents familiaux	3	Chirurgie de l'aorte	14	Infection au VIH dans le cadre de l'occupation.....	19
Caractéristiques du produit	4	Anémie aplasique	14	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	20
Prestations de la police.....	7	Méningite bactérienne	14	Brûlures sévères	20
Prestation d'assurance contre la maladie grave.....	7	Tumeur cérébrale bénigne.....	14	Accident vasculaire cérébral	20
Services d'assistance	7	Cécité	15	Troubles médicaux détectés de manière précoce	21
Prestation de dépistage précoce	8	Cancer (mettant la vie en danger)	15	Cancer du sein au stade précoce	21
Prestations à l'échéance (polices Prestation du vivant à 100 ans seulement)	8	Coma	16	Cancer de la prostate au stade précoce	21
Résiliation de la police	8	Pontage aortocoronarien	16	Cancer de la peau au stade précoce	21
Avenants de remboursement des primes (RP).....	9	Surdité.....	16	Cancer du sang au stade précoce	21
Avenant de remboursement des primes au décès (RPD)	9	Démence, y compris maladie d'Alzheimer.....	16	Cancer intestinal au stade précoce	21
Avenant de remboursement des primes à l'expiration (RPX)	9	Crise cardiaque (Infarctus du myocarde)	17	Cancer de la thyroïde au stade précoce	21
				Termes des troubles médicaux détectés de manière précoce	21
				Exclusions des troubles médicaux détectés de manière précoce	21
				Interprétation des troubles médicaux détectés de manière précoce	22

Aperçu de l'assurance contre la maladie grave

En quoi consiste l'assurance contre la maladie grave?

L'assurance contre la maladie grave prévoit le versement d'une prestation forfaitaire libre d'impôt si vous recevez un diagnostic d'un trouble médical couvert (comme un cancer, une crise cardiaque et un accident vasculaire cérébral).

Quel est le besoin?

En raison des progrès accomplis dans le domaine de la médecine, une personne en santé a, plus que jamais, de meilleures chances de survivre à une maladie grave. Toutefois, il y a des conséquences financières immédiates qu'une prestation d'assurance en cas de maladie grave peut aider à payer.

Rétablissement de la santé physique

D'abord et avant tout, vous voulez que votre client survive à la maladie grave et se rétablisse. De nombreux frais peuvent être engagés, dont certains risquent de ne pas être couverts par les régimes provinciaux de soins de santé ou par un programme privé d'assurance invalidité.

- médicaments (contre le cancer)
- surclassements de chambre d'hôpital
- frais de soins à domicile
- soins médicaux à l'étranger
- adaptation du domicile
- modification d'un véhicule

Maintien de la santé financière

Vous voulez protéger le mode de vie de votre client et de sa famille. Votre client ou son conjoint devra s'absenter de son travail pendant la période de rétablissement.

Suppléments de revenu :

- remplacement du revenu de la personne assurée
- remplacement du revenu de son conjoint
- versements hypothécaires
- autres dettes
- frais d'études des enfants
- frais d'exploitation d'entreprise

Sommes forfaitaires requises :

- remboursement du prêt hypothécaire, de prêts ou d'autres dettes
- vacances pour la personne assurée et sa famille
- financement d'une retraite anticipée

Jetez un coup d'œil à notre **calculatrice d'assurance contre les maladies graves** et voyez le montant d'assurance contre les maladies graves dont votre client pourrait avoir besoin.

Profil des clients au Canada

Qui souscrit l'assurance contre la maladie grave?

- L'âge moyen des clients est d'environ 37 ans
- Près de la moitié des polices sont vendues à des femmes (48 %)
- 92 % des polices sont vendues à des non-fumeurs
- 11 % des polices sont vendues à des jeunes

Source : Sondage sur l'assurance individuelle mené en 2014 par Munich.

Quelques statistiques

Cancer

- Près d'un Canadien sur deux (45 % des hommes et 43 % des femmes) sera atteint d'un cancer à un moment ou l'autre de sa vie
- Le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer de la prostate sont les types de cancer les plus couramment diagnostiqués au Canada (à l'exception du cancer de la peau, autre qu'un mélanome)
- Le cancer de la prostate représente un cinquième (20 %) de tous les nouveaux cas de cancer chez les hommes
- Le cancer du sein représente le quart (25 %) de tous les nouveaux cas de cancer chez les femmes
- Le taux de survie sur cinq ans après un diagnostic de cancer est de 63 %

Source : Vue d'ensemble des statistiques sur le cancer, sur le site cancer.ca, le 11 octobre 2021.

Crise cardiaque

- Tous les ans au Canada, environ 63 200 personnes subissent une crise cardiaque
- 34,6 millions de visites à un médecin chaque année sont liées à la prise en charge d'une maladie cardiovasculaire
- 1,6 million de Canadiens vivent maintenant avec les séquelles d'une maladie cardiovasculaire
- 90 % des Canadiens de plus de 20 ans ont au moins un facteur de risque¹ associé aux maladies du cœur

Sources : Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2021 et statistiques sur la page Les maladies du cœur au Canada :

Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques du site canada.ca, consultées le 11 octobre 2021.

¹ Les facteurs de risque comprennent le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité, l'obésité, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète.

Accident vasculaire cérébral

- On déplore chaque année plus de 62 000 accidents vasculaires cérébraux au Canada
- 80 % des victimes d'un AVC y survivront
- 405 000 Canadiens vivent avec les séquelles d'un accident vasculaire cérébral

Sources : Bulletin sur l'AVC 2018 de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, et statistiques du site www.oeuretavc.ca consultées le 11 octobre 2021.

Conseils de tarification

Proposition

- Avant de soumettre la proposition, demandez à votre client de vous indiquer par écrit toutes les maladies importantes dont il a souffert et à quelles dates, ainsi que les traitements qu'il a suivis. Cette mesure permettra au tarificateur de déterminer plus aisément les exigences qu'il doit commander lors de l'analyse initiale de la proposition d'assurance de votre client. Elle contribuera également à la cohérence des renseignements fournis à l'infirmière durant l'examen paramédical ou à la personne effectuant l'entrevue téléphonique et pourra réduire le besoin de demander un rapport du médecin traitant.
- La plupart du temps, votre client aura consulté plusieurs médecins en plus de son médecin de famille. Demandez-lui de vous donner la liste de tous les médecins qu'il a consultés pour assurer l'efficacité du processus de tarification.
- Assurez-vous que votre client vous divulgue toutes ses hospitalisations ou ses visites à l'urgence d'un hôpital.
- Assurez-vous que votre client vous indique toutes les limites liées à ses activités.
- Assurez-vous que votre client connaît les antécédents médicaux de sa famille, la nature de la maladie, l'âge approximatif au moment du diagnostic ainsi que la date du décès, le cas échéant.

REMARQUE : Cette mesure ne s'applique pas aux personnes qui ont été adoptées.

Examen médical

- Demandez à votre client de veiller à avoir tous ses médicaments à portée de la main au moment de son rendez-vous avec l'infirmière paramédicale ou de son entrevue téléphonique, ou d'en dresser la liste par écrit avant le rendez-vous.
- Cette dernière prendra la tension artérielle de votre client à trois reprises, et notera également sa taille et son poids.
- Si un profil sanguin est requis, avisez votre client qu'il ne doit consommer aucune nourriture durant les 12 heures qui précèdent le rendez-vous, et qu'il doit éviter l'alcool et la caféine pendant cette période.
- Si un électrocardiogramme est requis, veillez à ce que votre client puisse subir cet examen dans un endroit où il pourra s'étendre sur le dos, et qu'il porte un vêtement facile à ouvrir pour permettre l'installation adéquate des électrodes. Ceci est important, car les résultats de l'électrocardiogramme pourraient indiquer une condition sous-jacente anormale même s'il n'en existe aucune, ce qui pourrait obliger le client à subir un nouvel examen, ou entraîner le refus s'il n'y a pas une évaluation plus poussée par le médecin ou un nouveau rapport du médecin traitant.
- Recommandez à votre client d'avoir une bonne nuit de sommeil avant l'examen, et de boire plusieurs verres d'eau le jour du rendez-vous, afin de faciliter le prélèvement d'échantillons de sang et d'urine.
- Si votre client a tendance à faire de l'hypertension, recommandez-lui de choisir pour son rendez-vous avec l'infirmière paramédicale une heure de la journée où il est plus détendu et d'éviter le stress.
- Rappelez à vos clients que l'infirmière n'est pas autorisée à répondre à leurs questions concernant la protection d'assurance qu'ils ont demandée.

Liste de vérification préalable à l'assurance

Certains troubles médicaux ou certaines maladies peuvent exclure votre client de l'assurance contre la maladie grave de BMO Assurance. Pour nous aider à mieux servir votre client, veuillez prendre le temps de lire le [Questionnaire préalable relatif à l'assurance contre la maladie grave 315F](#) avec lui afin d'éviter les tests inutiles et les pertes de temps pour lui et vous.

Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux jouent un rôle important dans le processus d'évaluation de la tarification, car ils peuvent indiquer un risque accru de maladie et de dépistage clinique. Les facteurs importants à prendre en compte au moment de l'évaluation des antécédents familiaux sont les suivants :

- la nature de la maladie
- la date du diagnostic et du décès, le cas échéant
- l'âge et le sexe de la personne à assurer et des membres de sa famille
- le nombre de membres de la famille qui ont été touchés par une même maladie ou par des maladies reliées

Rappelez-vous que l'assurance vie et l'assurance contre la maladie grave sont évaluées différemment. La première verse une prestation au décès de la personne assurée, tandis que la seconde verse une prestation au diagnostic d'un trouble médical couvert. Par conséquent, que votre client présente une proposition d'assurance contre la maladie grave dans le cadre d'un avenant ou d'une police distincte, un nombre accru de rapports du médecin traitant est requis puisque nous devons évaluer le taux d'incidence plus élevé d'un trouble médical couvert diagnostiqué par rapport au décès résultant d'une maladie.

La plupart des demandes de règlement d'assurance contre la maladie grave sont refusées parce que le client a omis de divulguer certains renseignements ou que son état ne correspond pas à la définition du trouble médical couvert. Veuillez rappeler à vos clients qu'une police d'assurance contre la maladie grave est un contrat de bonne foi, et qu'ils sont tenus de divulguer tous les renseignements importants à la compagnie d'assurance. Toute omission à cet égard peut se traduire par la résiliation du contrat et le refus de la demande de règlement.

Caractéristiques du produit

BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) offre cinq (5) polices d'assurance contre la maladie grave commercialisées sous le nom de polices Prestation du vivant.

Nom de la police	Type de police	Marché cible
Prestation du vivant à 10 ans	Protection renouvelable et transformable	Idéale pour couvrir la valeur d'un prêt hypothécaire à faible coût
Prestation du vivant à 20 ans		
Prestation du vivant à 75 ans	Police temporaire nivélée jusqu'à 75 ans	Remboursement en prévision de la retraite et idéal pour la personne clé
Prestation du vivant à 100 ans	Police temporaire nivélée jusqu'à 100 ans	Personne clé, convention d'achat-vente, avec option à paiement rapide
Prestation du vivant à 100 ans 15 primes		

Protection renouvelable et transformable

Caractéristique	Prestation du vivant à 10 ans	Prestation du vivant à 20 ans
Âge à l'établissement	De 18 à 65 ans (âge à l'anniversaire le plus rapproché)	De 18 à 55 ans (âge à l'anniversaire le plus rapproché)
Durée de l'assurance	Jusqu'à l'âge de 75 ans	
Minimum à l'établissement	25 000 \$	
Maximum à l'établissement	2 000 000 \$	
Option de protection	Vie individuelle seulement (aucune option de polices conjointes ou de multigaranties pour les polices Prestation du vivant)	
Tranches de taux	<ul style="list-style-type: none"> Tranche 1 - de 25 000 \$ à 99 999 \$ Tranche 2 - de 100 000 \$ à 249 999 \$ Tranche 3 - de 250 000 \$ à 499 999 \$ Tranche 4 - de 500 000 \$ à 2 000 000 \$ 	
Primes	Les primes applicables à la police initiale et aux renouvellements subséquents sont garanties à l'établissement et fixées en fonction de l'âge d'assurance atteint par la personne assurée.	
Frais de police (annuels)	50,00 \$	
Rabais pour polices multiples	<ul style="list-style-type: none"> Le rabais pour polices multiples est offert pour les propositions multiples d'assurance temporaire, d'assurance vie entière et d'avènement Prestation du vivant soumises à notre siège social dans les 60 jours suivant la proposition initiale. Dans le cas des polices individuelles, le titulaire ou les personnes assurées doivent être des personnes souscrivant plusieurs assurances ou des membres de la famille qui demandent simultanément plusieurs polices. Dans le cas des polices détenues par une entreprise, les personnes assurées doivent avoir une relation d'affaires établie. Les frais exigés à l'égard de la première police sont les frais de police intégraux. Ils seront réduits de 25 \$ pour la deuxième police et chacune des polices liées subséquentes. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le document sur le rabais pour polices multiples (809F). 	
Avenants offerts	<ul style="list-style-type: none"> Remboursement des primes au décès (RPD) - En vertu du RPD, la totalité des primes admissibles versées entre la date de la police et la date du décès est remboursée. Autres avantages : <ul style="list-style-type: none"> Avenant d'assurance temporaire pour les enfants Avenant d'assurance en cas de décès accidentel Avenant d'exonération des primes 	
Avenants Prestation du vivant à 10 ans et à 20 ans	Les avenants Prestation du vivant à 10 ans et à 20 ans peuvent être ajoutés aux : <ul style="list-style-type: none"> polices de la Gamme Dimension et de la Gamme Dimension Prospérité polices d'assurance Temporaire 10 ans, 15 ans, 20 ans, 25 ans, 30 ans et 100 ans Assurance vie entière de BMO Assurance 	
Fin de l'assurance	L'assurance prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none"> date à laquelle le contrat est résilié date du décès de la personne assurée date du versement de la prestation d'assurance contre la maladie grave date à laquelle le contrat tombe en déchéance en raison d'une prime qui demeure en souffrance après l'expiration du délai de grâce date à laquelle la personne assurée atteint l'âge d'assurance de 75 ans 	



Police temporaire nivélée jusqu'à 75 ans

Caractéristique	Prestation du vivant à 75 ans
Âge à l'établissement	De 18 à 65 ans (âge à l'anniversaire le plus rapproché)
Durée de l'assurance	Jusqu'à l'âge de 75 ans
Minimum à l'établissement	25 000 \$
Maximum à l'établissement	2 000 000 \$
Option de protection	Vie individuelle seulement (aucune option de polices conjointes ou de multigarantries pour les polices Prestation du vivant)
Tranches de taux	<ul style="list-style-type: none"> Tranche 1 - de 25 000 \$ à 99 999 \$ Tranche 2 - de 100 000 \$ à 249 999 \$ Tranche 3 - de 250 000 \$ à 499 999 \$ Tranche 4 - de 500 000 \$ à 2 000 000 \$
Primes	La prime fixe est garantie à l'établissement, pour la durée de la police, en fonction de l'âge d'assurance atteint de la personne assurée.
Frais de police (annuels)	50,00 \$
Rabais pour polices multiples	<ul style="list-style-type: none"> Le rabais pour polices multiples est offert pour les propositions multiples d'assurance temporaire, d'assurance vie entière et d'avenant Prestation du vivant soumises à notre siège social dans les 60 jours suivant la proposition initiale. Dans le cas des polices individuelles, le titulaire ou les personnes assurées doivent être des personnes souscrivant plusieurs assurances ou des membres de la famille qui demandent simultanément plusieurs polices. Dans le cas des polices détenues par une entreprise, les personnes assurées doivent avoir une relation d'affaires établie. Les frais exigés à l'égard de la première police sont les frais de police intégraux. Ils seront réduits de 25 \$ pour la deuxième police et chacune des polices liées subséquentes. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le document sur le rabais pour polices multiples (809F).
Avenants offerts	<ul style="list-style-type: none"> Remboursement des primes (consultez la page 8 pour plus de précisions) : <ul style="list-style-type: none"> Remboursement des primes au décès (RPD) - En vertu du RPD, la totalité des primes admissibles versées entre la date de la police et la date du décès est remboursée Remboursement des primes à la résiliation (RPR 15) - Une partie des primes admissibles peut être versée à partir du 5^e anniversaire de la police. La totalité des primes admissibles peut être versée à partir du 15^e anniversaire de la police Remboursement des primes à la résiliation (RPR 65) - La totalité des primes admissibles peut être versée à partir du 65^e anniversaire de la personne assurée Remboursement des primes à l'expiration (RPX) - La totalité des primes admissibles peut être versée lorsque la personne assurée atteint 75 ans (expiration) Autres avantages : <ul style="list-style-type: none"> Avenant d'assurance temporaire pour les enfants Avenant d'assurance en cas de décès accidentel Avenant d'exonération des primes
Avenant Prestation du vivant à 75 ans	L'avenant Prestation du vivant à 75 ans peut être ajouté à : <ul style="list-style-type: none"> Gamme Dimension Prospérité Assurance Temporaire à 100 ans Assurance vie entière de BMO Assurance
Fin de l'assurance	L'assurance prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none"> date à laquelle le contrat est résilié date du décès de la personne assurée date du versement de la prestation d'assurance contre la maladie grave date à laquelle le contrat tombe en déchéance en raison d'une prime qui demeure en souffrance après l'expiration du délai de grâce date du versement de la somme prévue en vertu de l'avenant de remboursement des primes à la résiliation, si l'avenant est totalement résilié date à laquelle la personne assurée atteint l'âge d'assurance de 75 ans

 Police temporaire nivélée jusqu'à 100 ans		
Caractéristique	Prestation du vivant à 100 ans	Prestation du vivant à 100 ans 15 primes
Âge à l'établissement	De 18 à 65 ans (âge à l'anniversaire le plus rapproché)	
Durée de l'assurance	Jusqu'à l'âge de 100 ans	
Minimum à l'établissement	25 000 \$	
Maximum à l'établissement	2 000 000 \$	
Option de protection	Vie individuelle seulement (aucune option de polices conjointes ou de multigaranties pour les polices Prestation du vivant)	
Tranches de taux	<ul style="list-style-type: none"> • Tranche 1 - de 25 000 \$ à 99 999 \$ • Tranche 2 - de 100 000 \$ à 249 999 \$ • Tranche 3 - de 250 000 \$ à 499 999 \$ • Tranche 4 - de 500 000 \$ à 2 000 000 \$ 	
Primes	<p>La prime fixe est garantie à l'établissement, pour la durée de la police, en fonction de l'âge d'assurance atteint de la personne assurée.</p>	<p>La prime fixe est garantie à l'établissement en fonction de l'âge d'assurance atteint de la personne assurée pour une période de 15 ans, après laquelle la police est entièrement payée.</p>
Frais de police (annuels)	50,00 \$	
Rabais pour polices multiples	<ul style="list-style-type: none"> • Le rabais pour polices multiples est offert pour les propositions multiples d'assurance temporaire, d'assurance vie entière et d'avenant Prestation du vivant soumises à notre siège social dans les 60 jours suivant la proposition initiale. Dans le cas des polices individuelles, le titulaire ou les personnes assurées doivent être des personnes souscrivant plusieurs assurances ou des membres de la famille qui demandent simultanément plusieurs polices. Dans le cas des polices détenues par une entreprise, les personnes assurées doivent avoir une relation d'affaires établie. • Les frais exigés à l'égard de la première police sont les frais de police intégraux. Ils seront réduits de 25 \$ pour la deuxième police et chacune des polices liées subséquentes. • Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le document sur le rabais pour polices multiples (809F). 	
Avenants offerts	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des primes (consultez la page 8 pour plus de précisions) <ul style="list-style-type: none"> - Remboursement des primes au décès (RPD) - En vertu du RPD, la totalité des primes admissibles¹ versées entre la date de la police et la date du décès est remboursée - Remboursement des primes à la résiliation (RPR 15) - Une partie des primes admissibles peut être versée à partir du 5^e anniversaire de la police. La totalité des primes admissibles peut être versée à partir du 15^e anniversaire de la police - Remboursement des primes à la résiliation (RPR 20) - La totalité des primes admissibles¹ peut être versée à partir du 20^e anniversaire de la police • Autres avantages <ul style="list-style-type: none"> - Avenant d'assurance temporaire pour les enfants - Avenant d'assurance en cas de décès accidentel - Avenant d'exonération des primes 	
Avenant Prestation du vivant à 100 ans	<p>L'avenant Prestation du vivant à 100 ans peut être ajouté à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gamme Dimension Prospérité • Assurance Temporaire à 100 ans • Assurance vie entière de BMO Assurance • L'avenant de Prestation du vivant à 100 ans 15 primes n'est pas offert 	
Fin de l'assurance	<p>L'assurance prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • date à laquelle le contrat est résilié • date du décès de la personne assurée • date du versement de la prestation d'assurance contre la maladie grave • date à laquelle le contrat tombe en déchéance en raison d'une prime qui demeure en souffrance après l'expiration du délai de grâce • date du versement de la somme prévue en vertu de l'avenant de remboursement des primes à la résiliation, si l'avenant est totalement résilié • date à laquelle la personne assurée atteint l'âge d'assurance de 100 ans 	

Prestations de la police



Jusqu'à quatre (4) types de prestations peuvent être versées, selon la police choisie

Consultez le tableau qui suit pour connaître les prestations offertes.

Prestation	Police				
	PV10	PV20	PV75	PV100	PV100-15
Prestation d'assurance contre la maladie grave	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Garantie d'assistance pour soins intensifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Prestation de dépistage précoce	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Prestation à l'échéance	Non	Non	Non	Oui	Oui

Prestation d'assurance contre la maladie grave

La prestation d'assurance contre la maladie grave (capital assuré) sera payée au titulaire de la police au premier diagnostic d'un trouble médical couvert et après la période de survie de trente (30) jours, le cas échéant.

La prestation d'assurance contre la maladie grave est assujettie à des exclusions dans le cas de certains troubles médicaux couverts.

Aucune prestation n'est payable pour une **tumeur cérébrale bénigne** ou un **cancer (mettant la vie en danger)** si, dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de la police
- la date de la dernière remise en vigueur de la police
- la personne assurée :
- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne ou d'un cancer (mettant la vie en danger) (couverts ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne ou de cancer (mettant la vie en danger) (couverts ou non au titre de la police)

Aucune prestation n'est payable pour la **maladie de Parkinson** ou un **syndrome parkinsonien atypique** si, au cours de la première année suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de la police
- la date de la dernière remise en vigueur de la police
- la personne assurée :
- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique (couverts ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique (couverts ou non au titre de la police)

Le capital assuré n'est versé qu'une fois, consécutivement à une maladie grave, sous réserve des conditions et autres dispositions stipulées à la police.

Si la prestation d'assurance contre la maladie grave est payée, la police est résiliée. La prestation d'assurance contre la maladie grave n'est pas versée en raison d'une autre maladie, d'un trouble ou d'une intervention chirurgicale ni du décès de la personne assurée.

Services d'assistance

Le programme Ressources santé de BMO Assurance^{MC}

Des services d'assistance innovateurs et complets² conçus exclusivement pour les titulaires de police admissibles de BMO Assurance (participants). Le programme **Ressources santé de BMO Assurance** est inclus sans frais supplémentaires avec votre police Prestation du vivant. Ce programme donne droit à des services et à des renseignements d'ordre médical, ainsi qu'à des services d'assistance personnelle.

Renseignements médicaux et services d'assistance médicale

Cette composante du programme **Ressources santé de BMO Assurance** donne à vos clients un accès illimité au savoir et aux services médicaux d'Experts médicaux de Teladoc^{MDT}, un chef de file mondial du domaine des conseils médicaux et du soutien. Ces services comprennent ce qui suit :

- **Avis médicaux d'experts** – Experts médicaux de Teladoc effectuera une analyse approfondie des dossiers médicaux et fera refaire les analyses pathologiques afin d'établir ou de confirmer un diagnostic et un plan de traitement. Un spécialiste d'Experts médicaux de Teladoc fera part de ses recommandations dans un rapport médical détaillé, que votre client pourra communiquer à son médecin.
- **Trouver un médecin** – Experts médicaux de Teladoc effectuera une recherche personnalisée en fonction de vos antécédents médicaux personnels et de votre situation géographique et recommandera d'excellents médecins canadiens dont le domaine de spécialité est votre état pathologique. Il communiquera également avec les spécialistes pour avoir la certitude que ces derniers acceptent de nouveaux patients³.
- **Répertoire Santé** – Si votre client a besoin de traitements à l'extérieur du Canada, Experts médicaux de Teladoc lui trouvera des spécialistes ou des établissements à l'extérieur du pays qui répondront à ses besoins en matière de traitement ou propres à son état de santé³.
- **Navigateur personnel de santé** – Experts médicaux de Teladoc aidera vos clients à naviguer dans le système de santé canadien en leur fournissant de l'information et des ressources médicales, un soutien individuel et un encadrement personnalisé pour un large éventail de problèmes de santé – pas uniquement les maladies graves. Un simple appel permet à vos clients d'établir le contact avec un représentant d'Experts médicaux de Teladoc, qui peut leur donner l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées en matière de santé.

Vos clients et les membres de leur famille immédiate, y compris leur conjoint et leurs enfants, ont accès à ces services en tout temps. De plus, une fois tous les trois ans, les membres de leur famille élargie, y compris leurs parents, frères et sœurs, ainsi que les parents, les frères et les sœurs de leur conjoint, pourront accéder GRATUITEMENT⁴ à ces services, sans pour autant vous priver de l'accès que vous avez.



Services d'assistance personnelle

Grâce à cette partie du programme **Ressources santé de BMO Assurance**, vos clients peuvent se prévaloir des services d'assistance personnelle de TELUS Santé (Canada) Itée, l'un des chefs de file des programmes de ce genre au Canada. Vos clients ont notamment accès aux services ci-dessous :

- **Coaching santé** – Les coachs santé sont des infirmières, dont certaines sont spécialisées en santé du travail, qui offrent un soutien concret et personnalisé à l'égard de divers problèmes de santé et risques pour la santé. Les coachs santé peuvent aider vos clients en répondant à leurs questions, en collaborant avec eux pour créer un plan d'action visant à réduire les risques et en les motivant à atteindre leurs objectifs.
- **Services de consultation en matière de soins aux personnes à charge** – Les conseillers en soins aux personnes à charge offrent des conseils personnalisés et attentionnés, ainsi que des ressources communautaires pour les questions et les préoccupations liées aux enjeux propres aux soins des enfants, aux soins aux aînés et à la famille. Qu'il s'agisse de soins prénataux, de conseils en matière d'éducation des enfants, d'aide pour l'obtention de services de garde ou de collecte de renseignements sur les services de soins à domicile, l'hébergement pour les aînés, les groupes de soutien aux aidants naturels et les options de soins palliatifs, les conseillers en soins aux personnes à charge collaborent avec vos clients pour trouver des solutions à leurs besoins uniques.
- **Soutien en matière de nutrition** – L'alimentation peut avoir une forte incidence sur l'humeur, le niveau d'énergie et la santé globale. Vos clients peuvent communiquer avec un diététiste professionnel pour établir et maintenir une alimentation saine et équilibrée, mettre l'accent sur la prévention et la gestion des maladies, obtenir du soutien en matière de contrôle du poids et atteindre leurs objectifs en matière de nutrition.
- **Services professionnels de consultation** – Des intervenants professionnels attentionnés sont déterminés à offrir à vos clients du soutien à l'égard des problèmes qui pourraient avoir une incidence sur leur vie. Ils ont accès en tout temps à du soutien clinique confidentiel à court terme, et ce, sans frais. Ce service de consultation virtuel peut aider vos clients et leurs personnes à charge en cas de préoccupations liées à la santé mentale, au deuil et à la perte, aux dépendances, aux relations et aux événements marquants.
- **Ressources en ligne sur la santé et le bien-être** – Vos clients peuvent trouver des réponses rapidement grâce à la bibliothèque de ressources en ligne sur le bien-être, qui comprend des centaines d'articles, de trousseaux, d'enregistrements audio, d'évaluations du bien-être, de programmes de changement de comportement et plus encore. Ils peuvent naviguer dans le contenu sur le bien-être, produit par des experts du milieu, sur des sujets liés à la famille, à la santé, à la vie, à l'argent et au travail.

^{MD†} Experts médicaux de Teladoc, Avis médicaux d'experts, Trouver un médecin, Répertoire Santé et Navigateur personnel de santé sont des marques de service ou des marques de commerce déposées de Teladoc Health, Inc., utilisées sous licence.

² BMO Assurance se réserve le droit de changer de fournisseur de services, de modifier la nature des services ou d'interrompre l'accès à ces services en tout temps sans préavis, sauf indication contraire.

³ Les frais liés aux soins médicaux, aux déplacements et à l'hébergement à l'égard de ces services sont à la charge du membre

⁴ BMO Assurance n'offre les services que sur la base d'une recommandation et n'exige aucun frais pour les services fournis. TELUS Santé (Canada) Itée et Teladoc Health, Inc. n'exigeront aucun frais pour les services qu'ils fournissent. Vous pourriez toutefois devoir engager des frais supplémentaires pour des services ou fournisseurs qui vous sont recommandés par TELUS Santé (Canada) Itée ou Experts médicaux de Teladoc. Vous êtes libre d'engager ou non ces frais supplémentaires. Par conséquent, BMO Assurance n'est aucunement responsable de les régler.

Prestation de dépistage précoce

La prestation de dépistage précoce est payée au titulaire de la police au premier diagnostic d'un trouble médical détecté de manière précoce, une fois écoulée la période de survie applicable au trouble médical couvert et sous réserve du respect de toutes les autres conditions de la police.

La prestation de dépistage précoce versée correspond à la moindre des sommes suivantes :

- a. 15 % du capital assuré à la date du diagnostic
- b. 50 000 \$

Un maximum de quatre prestations de dépistage précoce sont payables en vertu de la présente police et de toute autre police résultant d'une transformation de la présente police, à condition que chaque demande de règlement concerne un trouble médical couvert différent.

Si la prestation de dépistage précoce est versée, les primes de la police et la prestation d'assurance contre la maladie grave ne sont pas réduites. Les troubles médicaux couverts donnant droit à la prestation de dépistage précoce sont assujettis aux exclusions indiquées à la [page 20](#).

Prestations à l'échéance (polices **Prestation du vivant à 100 ans seulement**)

Si aucune prestation d'assurance contre la maladie grave n'a été versée, la prestation d'assurance contre la maladie grave en vigueur (moins toute prestation versée en vertu de la prestation de dépistage précoce) est versée au titulaire de la police au moment où la personne assurée atteint l'âge de 100 ans.

Résiliation de la police

La police est résiliée à la première des dates suivantes :

- la date du versement de la prestation d'assurance contre la maladie grave
- la date de décès de la personne assurée
- la date d'échéance du contrat
- la date à laquelle la police tombe en déchéance en raison d'une prime qui demeure en souffrance après l'expiration du délai de grâce
- la date à laquelle la compagnie reçoit une demande écrite de résiliation de la police du titulaire

Avenants de remboursement des primes (RP)



Les polices Prestation du vivant offrent un large éventail d'options de remboursement des primes

Police	Prestation du vivant à 10 ans	Prestation du vivant à 20 ans	Prestation du vivant à 75 ans	Prestation du vivant à 100 ans	Prestation du vivant à 100 ans 15 primes
Options de remboursement des primes offertes	RPD	RPD	RPD	RPD	RPD
			RPR intégral à partir de la 15 ^e année OU	RPR intégral à partir de la 15 ^e année OU	RPR intégral à partir de la 15 ^e année
			RPR intégral à partir de l'âge de 65 ans OU	RPR intégral à partir de la 20 ^e année	
			RPX intégral à l'âge de 75 ans		

RPD - remboursement des primes au décès

RPR - remboursement des primes à la résiliation

RPX - remboursement des primes à l'expiration



Âge à l'établissement

Nom du RP	Âge minimal à l'établissement	Âge maximal à l'établissement
Remboursement des primes au décès (RPD)	18	PV10, PV75, PV100 et PV100-15 = 65 ans PV20 = 55 ans
Remboursement des primes à la résiliation (RPR)		
RPR 15	18	65
RPR 20	18	65
RPR 65	18	50
Remboursement des primes à l'expiration (RPX)	18	60

Avenant de remboursement des primes au décès (RPD)

Le montant du RPD correspond à la somme des primes annuelles de base versées depuis la date de la police jusqu'à la date du décès de la personne assurée. Aucun remboursement des primes au décès n'est effectué si la prestation d'assurance contre la maladie grave a été versée.

La prime annuelle de base comprend :

au titre de l'avenant de RPD, la prime annuelle de la police, les frais liés au mode de paiement, les frais de police, les suppléments médicaux ainsi que les primes liées à l'avenant de remboursement des primes, le cas échéant.

La prime annuelle de base ne comprend pas :

les primes versées pour l'exonération des primes, l'avenant d'assurance temporaire pour enfants et l'assurance décès par accident, le cas échéant.

Le passage à un taux de non-fumeur et une modification de la tarification auront une incidence sur le remboursement des primes

Calcul du RPD

Exemple - Homme non fumeur âgé de 40 ans

Assurance contre la maladie grave PV75 de 100 000 \$ Comprend le RPD et l'exonération des primes

Les primes sont payées chaque mois

Prime mensuelle (comprenant les frais de police) pour l'assurance contre la maladie grave = 107,91 \$

Prime mensuelle pour le RPD = 3,24 \$

Prime mensuelle pour l'exonération des primes = 5,15 \$

Le client décède à l'âge de 70 ans (30 ans exactement)

Prime mensuelle totale = 116,30 \$

Calcul du RPD

$[(\text{Somme des primes mensuelles payées pour l'assurance contre la maladie grave} + \text{somme des primes mensuelles payées pour le RPD}) \times 30 \text{ ans} = \text{Montant du RPD}]$

$[(107,91 \$ \times 12) + (3,24 \$ \times 12)] \times 30 \text{ ans} = 40\,014 \$$

Avenant de remboursement des primes à l'expiration (RPX)

Si la protection contre la maladie grave n'a pas été réduite, le montant du RPX correspond aux primes annuelles de base payées depuis la date de la police jusqu'à la date d'expiration.

Si la protection contre la maladie grave a été réduite avant la date d'expiration, le montant du RPX correspond aux primes annuelles de base payées depuis la date de la police jusqu'à la date d'expiration du capital assuré réduit (prestation d'assurance contre la maladie grave réduite).

La prime annuelle de base comprend :

au titre de l'avenant de RPX, la prime annuelle de la police, les frais liés au mode de paiement, les frais de police, les suppléments médicaux ainsi que les primes liées à l'avenant de remboursement des primes, le cas échéant.

La prime annuelle de base ne comprend pas :

les primes versées pour l'exonération des primes, l'avenant d'assurance temporaire pour enfants et l'assurance décès par accident, le cas échéant.

Le passage à un taux de non-fumeur et une modification de la tarification auront une incidence sur le remboursement des primes.

Calcul du RPX**Exemple – Homme non fumeur âgé de 40 ans**

Assurance contre la maladie grave PV75 de 100 000 \$ Comprend le RPD et le RPX	Assurance contre la maladie grave PV75 de 75 000 \$ Comprend le RPD et le RPX
Primes annuelles totales pour l'assurance contre la maladie grave = 1 199 \$	Primes annuelles totales pour l'assurance contre la maladie grave = 1 023,50 \$
Primes annuelles totales pour le RPD = 36 \$	Primes annuelles totales pour le RPD = 33,75 \$
Primes annuelles totales pour le RPX = 440 \$	Primes annuelles totales pour le RPX = 363,75 \$
Primes annuelles totales = 1 675 \$	Primes annuelles totales = 1 421 \$

Exemple 1

Le client a souscrit une assurance contre la maladie grave de 100 000 \$.

La police intégrale reste en vigueur jusqu'à la date d'expiration, à l'âge d'assurance atteint de 75 ans.

- La police de 100 000 \$ reste en vigueur jusqu'à l'expiration (à 75 ans).
Montant du RPX (à l'expiration) = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 100 000 \$ immédiatement avant l'échéance) \times 35 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option)
 $= 1 675 \$ \times 35 \text{ ans} = 58 625 \$$

Exemple 2

Le client a souscrit une assurance contre la maladie grave de 100 000 \$.

La prestation en cas de maladie grave (capital assuré) est réduite de 25 000 \$ (la résiliation partielle) à la fin de la 10^e année d'assurance, et la police vient à expiration au 75^e anniversaire de la personne assurée.

- Résiliation de 25 000 \$ à la fin de la 10^e année d'assurance.
Capital assuré après la résiliation partielle = 75 000 \$
Montant du RPX (an 10) = 0 \$
Le titulaire de la police n'est pas admissible au remboursement des primes à l'expiration pour toute résiliation totale ou partielle qui survient avant l'expiration du contrat (à 75 ans).
- Le reste de la protection, soit 75 000 \$, reste en vigueur jusqu'à l'expiration (à 75 ans).
Montant du RPX (à l'expiration) = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 75 000 \$ immédiatement avant l'échéance) \times 35 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option)
 $= 1 421 \$ \times 35 \text{ ans} = 49 735 \$$

Remboursement des primes à la résiliation (RPR)**RPR 15**

Le titulaire de la police peut demander le remboursement des primes admissibles à compter du 5^e anniversaire de la police. La date à laquelle le titulaire exerce ce droit est la date d'option. Le montant des primes admissible payable est fondé sur le nombre d'années d'application de la police.

Le calcul du montant du RPR 15 est la prime de base annuelle \times le pourcentage applicable en fonction de l'anniversaire de la police.

Anniversaire de la police	% de remboursement
1	-
2	-
3	-
4	-
5	10,0 %
6	12,5 %
7	15,0 %
8	25,0 %
9	35,0 %
10	50,0 %
11	60,0 %
12	70,0 %
13	80,0 %
14	90,0 %
plus de 15	100,0 %

L'avenant et la police prendront fin dès que le RPR 15 demandé.

RPR 20

À compter du 20^e anniversaire de la police, le titulaire a le droit de résilier la police en totalité ou en partie et de recevoir le remboursement des primes à la résiliation. La date à laquelle le titulaire exerce ce droit est la date d'option.

RPR 65

Dès que la personne assurée atteint l'âge de 65 ans, le titulaire a le droit de résilier la police en totalité ou en partie et de recevoir le remboursement des primes à la résiliation. La date à laquelle le titulaire exerce ce droit est la date d'option.

Le montant du remboursement des primes à la résiliation correspond à la somme des primes annuelles de base pour l'assurance contre la maladie grave résiliée qui ont été payées depuis la date de la police jusqu'à la date d'échéance.

Le remboursement des primes à la résiliation ne se limite pas à la protection contre la maladie grave (capital assuré).

La prime annuelle de base comprend :

au titre des avenants de RPR, la prime annuelle de la police, les frais liés au mode de paiement, les frais de police, les suppléments médicaux ainsi que les primes liées à l'avenant de remboursement des primes, le cas échéant.

La prime annuelle de base ne comprend pas :

les primes versées pour l'exonération des primes, l'avenant d'assurance temporaire pour enfants et l'assurance décès par accident, le cas échéant.

Le passage à un taux de non-fumeur et une modification de la tarification auront une incidence sur le remboursement des primes.

Formule servant au calcul du remboursement des primes à la résiliation pour RPR 15

Dans le cas d'une résiliation totale avant le 5^e anniversaire de la police, le titulaire de la police n'a pas le droit de recevoir le remboursement des primes à la résiliation et aucune prestation ne sera versée.

Calcul du RPR 15



Exemple – Homme non fumeur âgé de 40 ans

Assurance contre la maladie grave PV75 de 100 000 \$

Comprend le RPD et le RPR 15

Primes annuelles totales pour l'assurance contre la maladie grave = 1 149 \$
Primes annuelles totales pour le RPD = 36 \$
Primes annuelles totales pour le RPR 15 = 770 \$
Prime annuelle totale, y compris les frais de police = 2 005 \$

Exemple 1

Résiliation totale au cours de la 3^e année d'assurance

- Résiliation de la totalité du capital assuré de 100 000 \$ à la fin de la 3^e année d'assurance.

Montant du RPR = 0 \$

Le titulaire de la police n'est pas admissible au remboursement des primes à la résiliation avant le 5^e anniversaire de la police.

Exemple 2

Résiliation totale au cours de la 7^e année d'assurance

- Résiliation de la totalité des 100 000 \$ à la fin de la 7^e année d'assurance.
Montant du RPR 15 = 2 005,00 \$ (prime annuelle payée) x 15 % (le pourcentage payable la 7^e année) x 7 (nombre d'années pendant lesquelles les primes ont été payées) = **300,75 x 7 = 2 105,25 \$**

Montant du RPR (7^e année) = 2 105,25 \$

La police et l'avenant prennent fin au moment de la résiliation.

Exemple 3

Résiliation totale au cours de la 15^e année d'assurance

- Résiliation de la totalité des 100 000 \$ à la fin de la 15^e année d'assurance.
Montant du RPR 15 = 2 005,00 \$ (prime annuelle payée) x 100 % (le pourcentage payable à la 15^e année) x 15 (nombre d'années pendant lesquelles les primes ont été payées) = **2 005,00 \$ x 15 = 30 075 \$**

Montant du RPR (15^e année) = 30 075 \$

La police et l'avenant prennent fin au moment de la résiliation.

Exemple 4

- Réduction du capital assuré à 50 000 \$ pour la 4^e année de la police – la prime tiendra compte du nouveau montant de la protection.
- Résiliation de la totalité des 50 000 \$ à la fin de la 15^e année d'assurance.
Montant du RPR 15 = 1 164,50 \$ (prime annuelle payée) x 100 % (le pourcentage payable la 15^e année) x 15 (nombre d'années pendant lesquelles les primes ont été payées) = **1 164,50 \$ x 15 = 17 460 \$**

Montant du RPR après la réduction du capital assuré (15^e année) = 17 460 \$

La police et l'avenant prennent fin au moment de la résiliation.

Formule servant au calcul du remboursement des primes à la résiliation

Dans le cas d'une résiliation totale ou partielle avant le 20^e anniversaire de la police (RPR 20) et avant l'âge atteint de 65 ans par la personne assurée (RPR 65), le titulaire n'a pas droit au remboursement des primes à la résiliation et, par conséquent, aucune prestation ne sera versée.

Dans le cas d'une résiliation totale ou partielle à partir du 20^e anniversaire de la police (RPR 20) et à partir de l'âge atteint de 65 ans par la personne assurée (RPR 65), le titulaire a le droit de recevoir un remboursement des primes à la résiliation correspondant aux primes annuelles de base pour l'assurance contre la maladie grave résiliée qui ont été payées depuis la date de la police jusqu'à la date d'option.

D'un point de vue mathématique :

le montant du RPR = A – B, où :

A = primes annuelles de base payées pour l'assurance contre la maladie grave, immédiatement avant la résiliation, depuis la date de la police jusqu'à la date d'option

B = primes annuelles de base versées pour l'assurance contre la maladie grave, immédiatement après la résiliation, depuis la date de la police jusqu'à la date d'option

Calcul du RPR



Exemples – Homme non fumeur âgé de 40 ans

Assurance contre la maladie grave PV100 de 100 000 \$

Comprend le RPD et le RPR 20

Primes annuelles totales pour l'assurance contre la maladie grave = 1 381 \$
Primes annuelles totales pour le RPD = 150 \$
Primes annuelles totales pour le RPR 20 = 464 \$
Primes annuelles totales = 2 045 \$

Assurance contre la maladie grave PV100 de 75 000 \$

Comprend le RPD et le RPR 20

Primes annuelles totales pour l'assurance contre la maladie grave = 1 157,25 \$
Primes annuelles totales pour le RPD = 114,75 \$
Primes annuelles totales pour le RPR 20 = 429 \$
Primes annuelles totales = 1 751 \$

Assurance contre la maladie grave PV100 de 25 000 \$

Comprend le RPD et le RPR 20

Primes annuelles totales pour l'assurance contre la maladie grave = 385,75 \$
Primes annuelles totales pour le RPD = 38,25 \$
Primes annuelles totales pour le RPR 20 = 143 \$
Primes annuelles totales = 617 \$

Exemple 1**Résiliation intégrale au cours de la 10^e année d'assurance de la police**

- i. Résiliation de la totalité du capital assuré de 100 000 \$ à la fin de la 10^e année d'assurance

Montant du RPR = 0 \$

Le titulaire de la police n'est pas admissible au remboursement des primes à la résiliation pour toute résiliation totale ou partielle qui survient avant le 20^e anniversaire de la police.

Exemple 2**Résiliation intégrale immédiatement après le 20^e anniversaire de la police**

- i. Résiliation de la totalité du capital assuré de 100 000 \$ immédiatement après le 20^e anniversaire de la police

Montant du RPR (an 20) = A - B = 40 900 \$ - 0 \$ = 40 900 \$, où :

A = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 100 000 \$ immédiatement avant la résiliation) × 20 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option) = 2 045 \$ × 20 ans = 40 900 \$

B = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 0 \$ immédiatement après la résiliation) × 20 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option) = 0 \$ × 20 ans = 0 \$

Exemple 3**Réduction de 25 000 \$ du capital assuré de l'assurance contre la maladie grave à la fin de la 10^e année d'assurance, suivie de la résiliation de la police immédiatement après le 20^e anniversaire de la police**

- i. Résiliation de 25 000 \$ à la fin de la 10^e année d'assurance. Capital assuré après la résiliation partielle = 75 000 \$

Montant du RPR (an 10) = 0 \$

Le titulaire de la police n'est pas admissible au remboursement des primes à la résiliation pour toute résiliation totale ou partielle qui survient avant le 20^e anniversaire de la police.

- ii. Résiliation du capital assuré restant de 75 000 \$ immédiatement après le 20^e anniversaire de la police

Montant du RPR (an 20) = A - B = 35 020 \$ - 0 \$ = 35 020 \$, où :

A = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 75 000 \$ immédiatement avant la résiliation) × 20 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option) = 1 751 \$ × 20 ans = 35 020 \$

B = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 0 \$ immédiatement après la résiliation) × 20 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option) = 0 \$ × 20 ans = 0 \$

Exemple 4**Réduction de 25 000 \$ du capital assuré de l'assurance contre la maladie grave (résiliation partielle) à la fin de la 10^e année de la police**

- i. Réduction de 25 000 \$ du capital assuré de l'assurance contre la maladie grave (résiliation partielle) à la fin de la 10^e année de la police. Capital assuré après la résiliation partielle = 75 000 \$

Montant du RPR (an 10) = 0 \$

Le titulaire de la police n'est pas admissible au remboursement des primes à la résiliation pour toute résiliation totale ou partielle qui survient avant le 20^e anniversaire de la police.

Réduction de 50 000 \$ du capital assuré de l'assurance contre la maladie grave (résiliation partielle) immédiatement après le 20^e anniversaire de la police

- ii. Réduction de 50 000 \$ du capital assuré de l'assurance contre la maladie grave (résiliation partielle) à la fin de la 20^e année d'assurance. Capital assuré après la résiliation partielle = 25 000 \$

Montant du RPR (an 20) = A - B = 35 020 \$ - 12 340 \$ = 17 710 \$, où :

A = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 75 000 \$ immédiatement avant la résiliation) × 20 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option) = 1 751 \$ × 20 ans = 35 020 \$

B = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 25 000 \$ immédiatement après la résiliation) × 20 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option) = 617 \$ × 20 ans = 12 340 \$

Résiliation après le 25^e anniversaire de la police

- iii. Résiliation intégrale du capital assuré restant de 25 000 \$ immédiatement après le 25^e anniversaire de la police

Montant du RPR (an 25) = A - B = 15 425 \$ - 0 \$ = 15 425 \$, où :

A = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 25 000 \$ immédiatement avant la résiliation) × 25 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option) = 617 \$ × 25 ans = 15 425 \$

B = Prime annuelle de base (sur un capital assuré de 0 \$ immédiatement après la résiliation) × 25 ans (depuis la date de la police jusqu'à la date d'option) = 0 \$ × 25 ans = 0 \$

Droits de transformation

Transformation d'une police ou d'un avenir d'assurance temporaire contre la maladie grave en une police d'assurance contre la maladie grave à prime fixe

Une police d'assurance contre la maladie grave renouvelable et transformable temporaire peut être transformée en une police d'assurance temporaire contre la maladie grave à prime fixe de la même génération, sous réserve des conditions suivantes :

- La police doit être en vigueur au moment de la transformation.
- Le titulaire de la police doit demander la transformation avant que la personne assurée n'atteigne l'âge de 60 ans.
- La police transformée fournira une protection contre les mêmes troubles médicaux couverts que la police initiale.
- Le capital assuré (prestation d'assurance contre la maladie grave) de la police transformée doit être égal ou inférieur au capital assuré de la police initiale. Si la police est transformée en partie, le capital assuré de la police transformée et de la police initiale doit être supérieur au montant minimal de couverture pour chaque police.
- La police transformée sera émise à l'âge d'assurance atteint de la personne assurée à la date de la transformation. Les primes à la date de l'établissement de la police transformée seront également basées sur le taux majoré initial, le cas échéant.
- La nouvelle prime ne doit pas être inférieure à la prime minimale exigée par la compagnie relativement au mode de paiement retenu.
- La date de la police transformée correspondra à la date de la transformation.

Veuillez noter qu'un total de quatre prestations de dépistage précoce sont payables en vertu de la polices initiale et des polices transformées.

Lorsqu'un titulaire de police procède à cette transformation, il peut également ajouter un avenir de remboursement des primes au décès ou à la résiliation de la même génération à sa nouvelle police, sans avoir à fournir une preuve d'assurabilité.

Exigences

- Demande de transformation d'une temporaire en une assurance permanente (639F)
- Prime initiale : par chèque ou selon les instructions pour un prélèvement spécial
- Formulaire de changement de prime (164F), pour tout nouveau payeur, sinon un chèque portant la mention « Annulé »
- Si vous demandez l'ajout d'un avenir de remboursement des primes au décès, à la résiliation ou à l'expiration à la nouvelle police, vous devez remplir le formulaire Directive de paiement pour les polices d'assurance contre la maladie grave (630F) ou le formulaire Désignation de bénéficiaires pour les polices d'assurance contre la maladie grave (626F)

À ne pas oublier

- Vérifier la période de transformation, les dates d'échéance et l'admissibilité selon l'âge du client
- Vérifier le montant minimal de couverture
- Le client peut demander l'ajout d'un avenir de remboursement des primes (à la résiliation, au décès, ou à l'expiration) de la même génération que sa police initiale, sans fournir de preuve d'assurabilité
- Ne pas utiliser une soumission ou une illustration de notre logiciel actuel pour les polices émises avant le 2 novembre 2015 (La Vague 32.0). Veuillez communiquer avec l'équipe Nouvelles affaires à l'adresse Insurance.IndividualNewBusiness@BMO.com pour obtenir une soumission de transformation.
- Pour toute demande exigeant une nouvelle tarification (statut de non-fumeur, nouveau tarif, protection accrue, etc.), voir les exigences dans les lignes directrices de tarification

Troubles médicaux couverts

Maladies graves couvertes

Les polices Prestation du vivant couvrent les 25 conditions suivantes :

- Chirurgie de l'aorte
- Anémie aplasique
- Méningite bactérienne
- Tumeur cérébrale bénigne
- Cécité
- Cancer (mettant la vie en danger)
- Coma
- Pontage aortocoronarien
- Surdité
- Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
- Crise cardiaque
- Remplacement ou réparation de valvules du cœur
- Insuffisance rénale
- Perte d'autonomie
- Perte de membres
- Perte de la parole
- Insuffisance d'un organe vital (sur une liste d'attente)
- Transplantation d'un organe vital
- Maladie du neurone moteur
- Sclérose en plaques
- Infection au VIH dans le cadre de l'emploi
- Paralysie
- Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
- Brûlures sévères
- Accident vasculaire cérébral

La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie (le cas échéant) pour que la prestation d'assurance contre la maladie grave soit versée. La période de survie fait référence à la période qui débute à la date du diagnostic du trouble médical couvert et qui se termine 30 jours consécutifs suivant le diagnostic du trouble médical couvert. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours où la personne a été maintenue en vie artificiellement. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas être sur maintien artificiel des fonctions vitales.

Chirurgie de l'aorte

Définition

Chirurgie de l'aorte est définie comme l'intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme aorte s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste et exécutée par un spécialiste. La personne assurée doit satisfaire à la période de survie.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Interprétation

L'aorte est la grande artère qui achemine le sang pompé par le cœur dans la poitrine et qui s'étend jusqu'à l'abdomen. Le remplacement chirurgical des parties malades de l'aorte au moyen d'une greffe est couvert en vertu de la présente police. Toutes les procédures non chirurgicales sur l'aorte en sont exclues.

Anémie aplasique

Définition

Anémie aplasique est définie comme le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse
- immunosuppresseurs
- greffe de la moelle osseuse

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

L'anémie aplasique est l'incapacité de la moelle osseuse de produire des globules rouges, certains types de globules blancs et les plaquettes essentielles à la coagulation normale du sang. Cette condition entraîne l'anémie et augmente le risque d'infection et de saignements anormaux. Elle peut survenir rapidement ou graduellement à n'importe quel âge, et son traitement nécessite la transfusion d'un produit sanguin, des médicaments ainsi qu'une greffe de cellules souches.

Méningite bactérienne

Définition

Méningite bactérienne est définie comme le diagnostic définitif de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être confirmé par une analyse de laboratoire et doit être fait par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans le cas d'une méningite virale.

Interprétation

La méningite bactérienne est une infection des membranes qui entourent le cerveau et la moelle épinière. Elle est causée par une variété de bactéries et nécessite un traitement par antibiotiques à l'hôpital. Une méningite bactérienne qui entraîne un déficit neurologique (par exemple, la surdité) persistant pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic est un trouble médical couvert.

Une méningite attribuable à une infection virale est une condition beaucoup moins grave et n'est pas couverte en vertu de cette police.

Tumeur cérébrale bénigne

Définition

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

Tumeur cérébrale bénigne (suite)

Exclusions :

Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'établissement de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police)

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Interprétation

Des tumeurs cérébrales bénignes peuvent se développer dans la boîte crânienne, à l'extérieur du cerveau, ou dans les espaces normaux du cerveau lui-même. En général, elles progressent lentement et n'envahissent pas le tissu cérébral, mais elles peuvent entraîner de graves problèmes en raison de l'espace limité à l'intérieur de la boîte crânienne, ou en obstruant la circulation normale des liquides dans le cerveau. Aucune prestation n'est versée à moins qu'un traitement par chirurgie ou par radiation ne soit nécessaire, ou que la tumeur provoque un déficit neurologique irréversible.

Les tumeurs bénignes de l'hypophyse d'un diamètre inférieur à 10 mm sont habituellement traitées au moyen de médicaments et ne sont pas couvertes en vertu de cette police.

Dans le cas des tumeurs cérébrales malignes et des tumeurs malignes qui se sont développées ailleurs dans le corps et qui se sont étendues au cerveau, reportez-vous à la définition Cancer (mettant la vie en danger).

Cécité

Définition

Cécité est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

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

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste.

Interprétation

La cécité peut être causée par une blessure ou par une maladie de l'œil, du nerf optique, des voies optiques dans le cerveau et du cortex visuel lui-même. La définition de la cécité légale en vigueur au Canada est celle qui est utilisée au titre de la présente police. Les deux yeux doivent être irréversiblement atteints.

Cancer (mettant la vie en danger)

Définition

Cancer (mettant la vie en danger) est défini comme le diagnostic définitif d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusions :

Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'établissement de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police)

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC

Aux fins de la police, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadiification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Aux fins de la police, le terme classification de Rai s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Cancer (mettant la vie en danger) (suite)

Interprétation

La définition du cancer (mettant la vie en danger) englobe la plupart des tumeurs malignes, y compris les différents types de cancer, les lymphomes, les leucémies et les mélanomes.

Les principales exclusions sont les cancers qui sont généralement considérés comme ne mettant pas la vie en danger et qui peuvent être facilement traités ainsi que les tumeurs bénignes, précancéreuses ou limites et les carcinomes *in situ*, c'est-à-dire les cancers non invasifs.

Coma

Définition

Coma est défini comme le diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant les 96 heures. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans les cas suivants :

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

Interprétation

Les exclusions comprennent le coma médical, le coma attribuable à l'absorption d'alcool ou de drogue et le coma attribuable à la mort cérébrale.

Pontage aortocoronarien

Définition

Pontage aortocoronarien est défini comme l'intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit satisfaire à la période de survie.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcatéthéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Interprétation

Les artères coronaires fournissent au cœur le sang dont il a besoin pour fonctionner. Les maladies aortocoronariennes peuvent causer un rétrécissement localisé de ces artères et ainsi restreindre l'apport de sang au cœur. Le pontage aortocoronarien utilise des greffes fabriquées à partir des veines ou des artères du patient afin de contourner ces rétrécissements et de rétablir l'apport de sang au cœur. Cette chirurgie est couverte en vertu de la présente police.

Toutes les méthodes non chirurgicales de dilatation d'une artère coronaire, telles que l'insertion de sondes dans les artères des bras ou des jambes (angioplastie) sont exclues de la présente définition.

Surdité

Définition

Surdité est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

La surdité peut être causée par une blessure ou une maladie. Une surdité profonde correspond à un seuil d'audition de 90 décibels ou plus. Les deux oreilles doivent être atteintes.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Définition

Démence, y compris maladie d'Alzheimer est définie comme le diagnostic définitif de démence, caractérisée par la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasic (un trouble de la parole)
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes)
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets)
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou de délire.

Aux fins de la police, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.

Interprétation

La démence est une détérioration acquise et progressive des fonctions cognitives, comme la mémoire, la parole, l'orientation spatio-temporelle et la pensée abstraite. La présence et la progression de la démence peuvent être évaluées au moyen de tests normalisés tels que le mini-examen de l'état mental, et doivent être au moins modérément graves.

La détérioration des fonctions cognitives attribuable à un délire aigu ou à une maladie psychiatrique telle que la schizophrénie est exclue.

Crise cardiaque (Infarctus du myocarde)

Définition

Crise cardiaque (Infarctus du myocarde) est définie comme le 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 :

- des symptômes de crise cardiaque
- nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde, ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit satisfaire à la période de survie.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans les cas suivants :

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q, ou
- découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne respecte pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment

Interprétation

Une crise cardiaque (infarctus du myocarde) signifie qu'une partie du muscle cardiaque est privé d'une irrigation sanguine adéquate pendant une période suffisamment longue pour entraîner la nécrose de cette partie du muscle. Elle est le plus souvent causée par l'obstruction d'une artère coronaire attribuable à une maladie aortocoronarienne ou à un caillot. Le muscle atteint libère des substances chimiques (enzymes cardiaques) qui peuvent être détectées par des tests sanguins et entraîne également de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG); les résultats de ces tests permettent de diagnostiquer la crise cardiaque. Avec le temps, le muscle nécrosé est remplacé par du tissu cicatriciel.

Les interventions par cathéter dans les artères coronaires peuvent également provoquer une augmentation des enzymes cardiaques, mais à moins qu'un nouveau tracé électrocardiographique modifie le diagnostic de crise cardiaque, une telle augmentation ne constitue pas une preuve de crise cardiaque et est par conséquent exclue. La découverte accessoire de modifications à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur non détecté n'est pas couverte par la présente police.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Définition

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque est défini comme l'intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit satisfaire à la période de survie.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcatthéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Interprétation

Les quatre valves du cœur (tricuspid, pulmonaire, mitrale, aortique) contrôlent la circulation sanguine en provenance et à destination des principales cavités de pompage (ventricules) de droite et de gauche du cœur. Dans certains cas, il est possible de réparer les valves qui fuent au moyen d'une chirurgie, mais celles-ci doivent parfois être remplacées. Les valves dont le rétrécissement est trop important doivent être remplacées de façon chirurgicale par des valves mécaniques ou biologiques. Toutes ces chirurgies sont couvertes en vertu de la présente police.

Les procédures non chirurgicales sur les valves cardiaques sont exclues de la couverture.

Insuffisance rénale

Définition

Insuffisance rénale est définie comme le diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

Une insuffisance rénale grave, chronique et irréversible doit être gérée au moyen de traitements réguliers par dialyse péritonéale, par hémodialyse, ou par une greffe rénale. Tous ces traitements de l'insuffisance rénale sont couverts en vertu de la présente police.

Perte d'autonomie

Définition

Perte d'autonomie est définie comme le diagnostic définitif d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels
- être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels

Perte d'autonomie (suite)

Interprétation

Pour vivre de façon autonome, nous devons accomplir chaque jour une variété d'activités, notamment : se laver, se vêtir, se servir des toilettes, être continent, se lever du lit et se coucher ou s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels, et se nourrir. La perte, confirmée par un médecin spécialiste, de la capacité d'effectuer au moins deux de ces activités sans l'aide d'une autre personne sur une période d'au moins 90 jours et sans espoir raisonnable de rétablissement, constitue une perte d'autonomie aux termes de la présente police.

Perte de membres

Définition

Perte de membres est définie comme le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

Qu'elle soit attribuable à une blessure accidentelle ou à une amputation délibérée nécessaire en raison d'une maladie, la perte de membres est définie comme l'amputation complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville.

Perte de la parole

Définition

Perte de la parole est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical pour toute cause psychiatrique.

Interprétation

La perte de la parole est définie comme la perte totale et irréversible de la capacité d'exprimer des pensées et des idées au moyen de sons; elle peut être attribuable à une blessure ou à une maladie du cerveau ou du larynx.

La perte de la parole accessoire à une maladie psychiatrique est exclue de la couverture.

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente

Définition

Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente est définie comme le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis d'Amérique et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel programme de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

L'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse diagnostiquée par un spécialiste peut être traitée au moyen du remplacement de l'organe atteint par un organe provenant d'un donneur. Un titulaire de police qui est inscrit comme receveur sur une liste d'attente auprès d'un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis d'Amérique est admissible à la prestation.

En ce qui a trait au délai de survie, la date du diagnostic correspond à la date à laquelle le titulaire de police est inscrit à la liste d'attente pour la transplantation.

Transplantation d'un organe vital

Définition

Transplantation d'un organe vital est définie comme le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

L'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse peut être traitée au moyen du remplacement de l'organe atteint par un organe provenant d'un donneur. La chirurgie visant le remplacement de l'organe malade par un organe transplanté est couverte en vertu de la présente police.

Maladie du neurone moteur

Définition

Maladie du neurone moteur est définie comme le diagnostic définitif d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies. Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

Une maladie du neurone moteur peut se présenter sous différentes formes. Un diagnostic définitif par un spécialiste d'une des présentations cliniques indiquées est une condition médicale couverte.

Sclérose en plaques

Définition

Sclérose en plaques est définie comme le diagnostic définitif, d'au moins une des conditions suivantes :

- au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou
- un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

La sclérose en plaques est une inflammation chronique du cerveau ou de la moelle épinière qui peut se présenter sous différentes formes. Un diagnostic définitif par un spécialiste d'une des présentations cliniques indiquées est une condition médicale couverte.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Définition

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation est définie comme le diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'établissement de la police ou la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- la blessure accidentelle doit être rapportée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis d'Amérique
- la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis d'Amérique

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans les cas suivants :

- la personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH
- un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle
- l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses)

Interprétation

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peut être attribuable à l'exposition d'une personne (ambulancier, infirmier, technicien de laboratoire médical, dentiste, médecin, policier, etc.) au sang ou aux fluides corporels de personnes déjà atteintes du VIH dans le cadre de ses fonctions. La déclaration rapide d'une telle exposition dans le cadre de ses fonctions est requise pour s'assurer que toute infection subséquente par le VIH est attribuable à cette exposition et non pas à une utilisation de drogue ou à une transmission sexuelle.

Paralysie

Définition

Paralysie est définie comme le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

La perte complète des fonctions musculaires (paralysie) de deux membres ou plus doit persister pendant au moins 90 jours suivant la blessure ou la maladie causant la paralysie afin d'éliminer la possibilité d'une paralysie temporaire.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Définition

Maladie de Parkinson est définie comme le diagnostic définitif de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire; ou
- tremblement de repos

La personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopamnergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Syndrome parkinsonien atypique est défini comme le diagnostic définitif de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical pour tout autre type de parkinsonisme.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques –

Période d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable à titre de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'établissement de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Interprétation

La maladie de Parkinson primitive est le trouble neurodégénératif venant au deuxième rang en termes de fréquence, après la maladie d'Alzheimer, et son incidence dans la population augmente avec le vieillissement de celle-ci. Le ralentissement progressif des mouvements, la rigidité musculaire ou les tremblements de repos qui nuisent à la poursuite des activités quotidiennes sont des caractéristiques essentielles au diagnostic. La détérioration progressive d'une fonction pendant au moins un an en dépit d'un suivi médical approprié par un neurologue est une condition médicale couverte.

Les syndromes parkinsoniens atypiques mentionnés dans les présentes définitions sont également des troubles médicaux couverts, mais la

maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques attribuables à toute autre cause, comme un médicament, sont exclus de la couverture.

Les symptômes liés à la maladie de Parkinson ou à un syndrome parkinsonien atypique couvert ne sont pas admissibles à la prestation s'ils se manifestent au cours de la première année suivant l'établissement de la police, peu importe la date à laquelle le diagnostic est posé.

Brûlures sévères

Définition

Brûlures sévères sont définies comme le diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un spécialiste.

Interprétation

Les brûlures au troisième degré détruisent entièrement l'épaisseur de la peau; dans le cas des brûlures sévères définies, au moins 20 % de la surface totale du corps doit être brûlé à ce degré.

Accident vasculaire cérébral

Définition

Accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (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. La personne assurée doit satisfaire à la période de survie.

Exclusion :

Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires, ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou
- infarctus lacunaire, lequel ne respecte pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment

Interprétation

L'interruption de l'irrigation sanguine dans une artère qui apporte du sang à une partie du cerveau entraîne la nécrose (l'infarcissement) de cette partie du cerveau, ce qui peut provoquer un AVC clinique. Cette interruption peut être attribuable à un blocage dans une artère malade, à un caillot sanguin ayant une autre origine (habituellement le cœur) qui se déplace dans une artère cérébrale par la circulation sanguine, ou à une hémorragie résultant de la rupture d'une artère cérébrale. Selon la partie du cerveau qui est atteinte, de nouveaux symptômes et signes cliniques, tels que la faiblesse ou la paralysie des membres et une altération des sensations, de la parole ou de la vue peuvent se produire. Ces symptômes et signes constituent des déficits neurologiques. La confirmation, par un spécialiste, d'un infarcissement cérébral sur les résultats d'une imagerie cérébrale et de déficits neurologiques persistant pendant plus de 30 jours après l'AVC est exigée pour que le diagnostic soit couvert par la présente police.

Les AVC provoquant des déficits neurologiques qui persistent pendant moins de 30 jours et les événements attribuables à un trauma plutôt qu'à une maladie vasculaire sont exclus de la couverture.

Troubles médicaux détectés de manière précoce

Les polices Prestation du vivant couvrent les sept troubles médicaux suivants :

- Angioplastie coronarienne
- Cancer du sein au stade précoce
- Cancer de la prostate au stade précoce
- Cancer de la peau au stade précoce
- Cancer du sang au stade précoce
- Cancer intestinal au stade précoce
- Cancer de la thyroïde au stade précoce

La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie pour que la prestation de dépistage précoce soit versée. La période de survie fait référence à la période qui débute à la date du diagnostic du trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce et qui se termine 30 jours consécutifs suivant la date du diagnostic de ce trouble médical. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours où la personne a été maintenue en vie artificiellement. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas être sur maintien artificiel des fonctions vitales.

Angioplastie coronarienne

Définition

Angioplastie coronarienne est définie comme une intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de l'angioplastie coronarienne. La personne assurée doit satisfaire à la période de survie.

Cancer du sein au stade précoce

Définition

Cancer du sein au stade précoce est défini comme un carcinome canalaire *in situ* au sein confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

Cancer de la prostate au stade précoce

Définition

Cancer de la prostate au stade précoce est défini comme un cancer de la prostate de stade pathologique T1A ou T1B, sans nœuds lymphoïdes ou métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

Cancer de la peau au stade précoce

Définition

Cancer de la peau au stade précoce est défini comme un mélanome malin superficiel d'une profondeur de 1,0 millimètre ou moins à moins d'être ulcétré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

Cancer du sang au stade précoce

Définition

Cancer du sang au stade précoce est défini comme une leucémie lymphoïde à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai, confirmé par des tests sanguins appropriés et diagnostiqué par un spécialiste.

Cancer intestinal au stade précoce

Définition

Cancer intestinal au stade précoce est défini comme des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoides malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

Cancer de la thyroïde au stade précoce

Définition

Cancer de la thyroïde au stade précoce est défini comme un cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.

Termes des troubles médicaux détectés de manière précoce

Aux fins de la police, le terme classification de Rai s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Aux fins de la police, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadiification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Exclusions des troubles médicaux détectés de manière précoce

Aucune prestation ne sera payable en vertu de la prestation de dépistage précoce si :

dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date d'établissement de la police, ou
 - la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur de la police
- la personne assurée :
- a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic d'un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce, sans égard à la date du diagnostic
 - a fait l'objet d'un diagnostic de trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce

L'information médicale telle que décrite ci-dessus doit être rapportée à la compagnie dans les six (6) mois de la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas ces renseignements, la compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou pour toute maladie grave causée par un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou par son traitement.

La prestation de dépistage précoce ne sera pas versée plus d'une fois pour le même trouble médical couvert.

Si la prestation de dépistage précoce est versée, les primes de la police et la prestation d'assurance contre la maladie grave ne sont pas réduites.

Interprétation des troubles médicaux détectés de manière précoce

Certains troubles médicaux exclus aux termes des définitions des maladies graves ci-dessus et détectés de manière précoce peuvent être couverts en vertu des dispositions visant les troubles médicaux détectés de manière précoce.

En vertu de ces dispositions, certains cancers qui sont généralement considérés comme ne menaçant pas la vie, comme le carcinome canalaire in situ du sein, le cancer de la prostate au stade précoce, le cancer de la peau au stade précoce et la leucémie lymphoïde chronique, peuvent être couverts, de même que certains types de cancers inhabituels de l'intestin au stade précoce et certains cancers de la glande thyroïde au stade précoce.

Les rétrécissements localisés d'une artère coronaire qui ne font pas l'objet d'un pontage chirurgical mais qui sont plutôt dilatés (angioplastie coronaire) au moyen d'un ballon fixé à l'extrémité d'une sonde insérée dans l'artère d'un bras ou d'une jambe sont couverts en vertu de ces dispositions.

Connectez-vous

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les produits de BMO Assurance,appelez votre agence générale, communiquez avec le bureau régional des ventes de BMO Assurance le plus près de chez vous ou composez le 1 877 742-5244.



Région de l'Ontario
1 800 608-7303

Région du Québec
et de l'Atlantique
1 866 217-0514

Région de l'Ouest
1 877 877-1272



bmoassurance.com/conseiller



L'information fournie dans le présent guide de produit est destinée à l'usage exclusif des conseillers et ne modifie en rien le libellé de la police. Dans l'éventualité où des divergences existent entre ce guide de produit et une police émise par BMO Assurance, le libellé de la police aura préséance et ne sera en aucun cas modifié par ce guide de produit.

Les termes qui ne sont pas définis dans le présent guide de produit ont le sens qui leur est donné dans la police.

Veuillez lire votre police attentivement. Toute maladie ou tout trouble médical qui n'est pas spécifiquement défini à la section Troubles médicaux couverts de la police n'est pas couvert en vertu des dispositions de la garantie d'assurance contre la maladie grave ou des troubles médicaux détectés de manière précoce, et aucune prestation n'est payable.

À l'usage exclusif des conseillers.

Le contenu du présent document est fourni à titre informatif seulement et peut être modifié sans préavis. L'information contenue dans cette publication ne constitue qu'un résumé de nos produits et services. Veuillez vous reporter au contrat de police d'assurance approprié pour en savoir plus sur les modalités, les avantages, les garanties, les restrictions et les exclusions. La police qui a été établie prévaut. Chaque titulaire de police a une situation financière qui lui est propre. Il doit donc obtenir des conseils fiscaux, comptables, juridiques ou autres sur la structure de son assurance, et les suivre s'il les juge appropriés à sa situation particulière. BMO Société d'assurance-vie n'offre pas de tels conseils à ses titulaires de police ni aux conseillers en assurance.

^{MD†} Experts médicaux de Teladoc est une marque déposée de Teladoc Health, Inc.

Assureur : BMO Société d'assurance-vie

700F (2025/11/24)