

Si nous devons poursuivre l'étude des protections demandées dans la proposition d'assurance, l'Assurance maladies graves provisoire couvrira **gratuitement** chaque personne pour qui une ou des protections **Priorité santé** ou **Option santé** sont demandées.

Partie 1 – Description de la protection

Cette partie est complétée par la [Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts](#) de l'Assurance maladies graves provisoire et en fait partie intégrante. Votre représentant vous présentera et vous fournira ce document (disponible sur [web](#)).

Admissibilité

Une seule condition doit être respectée

À la date de signature de la proposition d'assurance, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la **section H - Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance.

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler l'Assurance maladies graves provisoire pour cette personne et/ou refuser une réclamation.

Début de l'assurance

L'Assurance maladies graves provisoire débute à la signature de la proposition d'assurance.

Montant payable à la suite d'une réclamation

Toute réclamation doit être faite par écrit au moyen du formulaire requis. Nous nous réservons le droit d'exiger des documents et des renseignements supplémentaires pour étudier la réclamation.

Quel est le montant payable ?

Si la personne assurée a un des troubles de santé couverts indiqués ci-dessous, nous versons le montant de chaque protection **Priorité santé** et **Option santé** demandées.

À qui versons-nous le montant payable ?

Nous versons le montant payable au bénéficiaire désigné. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, nous versons le montant payable selon les règles prévues par la loi.

Troubles de santé couverts

Les troubles de santé pour lesquels nous pourrions verser le montant payable sont les suivants :

Troubles cardiaques

- Accident vasculaire cérébral
- Chirurgie de l'aorte
- Crise cardiaque
- Pontage aortocoronarien
- Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Trouble neurologique

- Méningite purulente

Troubles liés aux organes vitaux

- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Greffe d'un organe vital
- Insuffisance rénale

Troubles accidentels et fonctionnels

- Brûlures graves
- Cécité
- Coma
- Lésion cérébrale acquise
- Paralyse
- Perte de l'usage de la parole
- Perte de membres
- Surdité

Autres

- Anémie aplasique
- Infection au VIH contractée au travail
- Perte d'autonomie permanente

 **Même si la personne assurée a un trouble de santé couvert, cela ne signifie pas que nous verserons le montant payable.** Pour que nous puissions verser le montant payable, le trouble de santé doit absolument répondre à toutes les conditions de la définition de ce trouble de santé prévue à la **Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts**.

Limites et exclusions

1- Limite applicable au montant payable

Lorsque la personne assurée a une ou plusieurs assurances maladies graves provisoires en vigueur avec nous, le montant payable pour l'ensemble des protections Priorité santé et Option santé demandées est limité à **500 000 \$**.

2- Exclusions générales

a) Aucun montant ne sera payable pour un trouble de santé couvert* :

1. Si, **dans les 5 ans précédant** la signature de la proposition d'assurance, la personne assurée a :

- eu ce trouble de santé;
- reçu un traitement ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés à ce trouble de santé.

2. Si, **dans les 90 jours précédant** la signature de la proposition d'assurance, la personne assurée a eu des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé pour lesquels elle n'a pas consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé.

* Ni pour tout autre trouble de santé couvert qui pourrait en découler

b) Aucun montant ne sera payable si le trouble de santé couvert résulte directement ou indirectement :

1. d'une blessure que la personne assurée s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide;
2. de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié;
3. d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute ou d'une révolution, que la personne assurée y ait pris part ou non;
4. de la conduite d'un véhicule motorisé par la personne assurée alors qu'elle est sous l'effet de la drogue ou que la concentration d'alcool dans son sang est égale ou supérieure à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
5. de l'usage illégal ou illicite de toute drogue;
6. de l'absorption ou de l'usage volontaire de toute substance toxique ou de tout type de gaz;
7. de la consommation volontaire de médicaments obtenus sur ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par un professionnel de la santé ou de médicaments obtenus sans ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par le fabricant.

c) Aucun montant ne sera payable si le trouble de santé couvert est diagnostiqué après le décès de la personne assurée.


3- Exclusion supplémentaire pour un nouveau-né

Cette exclusion peut s'appliquer si la personne assurée est un nouveau-né qui a moins de 15 jours à la signature de la proposition d'assurance.

Aucun montant ne sera payable pour un trouble de santé couvert* si, avant d'avoir 15 jours, la personne assurée a :

- eu ce trouble de santé;
- eu des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- reçu un traitement pour des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés à ce trouble de santé.

* Ni pour tout autre trouble de santé couvert qui pourrait en découler

 **Les limites et les exclusions prévues dans la définition des troubles de santé couverts s'ajoutent aux exclusions ci-dessus.**

Fin de l'assurance

L'Assurance maladies graves provisoire de la personne assurée prend fin à la **première** des dates suivantes :

- 1- La date à laquelle nous versons le montant payable par l'Assurance maladies graves provisoire de la personne assurée.
- 2- Automatiquement, à la date de prise d'effet de la ou des protections Priorité santé ou Option santé demandées.
- 3- La date du refus de couvrir la personne assurée pour toutes les protections Priorité santé ou Option santé demandées.
- 4- La date de la fermeture de la demande d'assurance.
- 5- Automatiquement, la 91^e journée après la date de signature de la proposition d'assurance.