




Assurance mieux-être

CONDITIONS GÉNÉRALES

L'Assurance mieux-être est une assurance
offerte sur une base individuelle.



Table des matières

1. Résumé des protections de l'Assurance mieux-être	3
2. Qui est admissible à l'Assurance mieux-être?	4
3. Âge de l'assuré	4
4. Quel est le coût de l'assurance?	4
5. Durée du contrat et renouvellement	5
6. Quelles sont les protections offertes?	6
Protection Cancer	6
Montant payable	6
Début de la protection	6
Fin de la protection	7
 Exclusions et limites	7
Protection Cœur	8
Montant payable	9
Début de la protection	9
Fin de la protection	9
 Exclusions et limites	9
Protection Maladies infectieuses	11
Montant payable	11
Début de la protection	11
Fin de la protection	12
 Exclusions et limites	12
7. Remboursement de prime en cas de décès	13
8. Modification du contrat	13
9. Fin du contrat	14
10. Délai pour l'examen du contrat	14
11. Résiliation de l'assurance	14
12. Déclarations de l'assuré et du preneur	15
13. Demande de prestation (Réclamation)	15
Présentation de la demande	15
Paiement du montant	16
Réponse de l'assureur	16
Appel de la décision de l'assureur et recours	16
14. Désignation de bénéficiaire	17
15. Monnaie	17
16. Définitions	18
17. Gestion des renseignements personnels	23
18. Une insatisfaction? Faites-le-nous savoir	24

Le contrat Assurance mieux-être se compose des documents suivants :

- a) les présentes conditions générales;
- b) les *conditions particulières*;
- c) les questionnaires d'assurabilité et de sélection des taux;
- d) les avis de renouvellement et de perception de prime;
- e) toute annexe ou tout avenant qui confirme une mise à jour du contrat.

Pour obtenir des **renseignements supplémentaires** sur l'Assurance mieux-être, communiquez avec l'*assureur* au numéro de téléphone suivant :

1 877 747-5005

Pour connaître le sens de certains termes qui sont utilisés dans le contrat, veuillez vous reporter à la section « 16. Définitions ». Ces termes sont indiqués en *italique* dans les présentes conditions générales.

Le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

1. Résumé des protections de l'Assurance mieux-être

Protection	Ce qui est offert	Montant
Cancer Pages 6 à 8	Cette protection prévoit le paiement d'un montant si un <i>assuré</i> reçoit pour la première fois de sa vie un diagnostic d'un <i>cancer</i> couvert.	54 ans ou moins : 25 000 \$ 55 à 74 ans : 12 500 \$
Cœur Pages 8 à 11	Cette protection prévoit le paiement d'un montant si un <i>assuré</i> : 1) reçoit pour la première fois de sa vie un diagnostic d'une des <i>maladies cardiovasculaires</i> couvertes; ou 2) subit pour la première fois de sa vie l'une des <i>interventions chirurgicales</i> couvertes.	54 ans ou moins : 25 000 \$ 55 à 74 ans : 12 500 \$
Maladies infectieuses Pages 11 à 13	Cette protection prévoit le paiement d'un montant si un <i>assuré</i> reçoit pour la première fois de sa vie un diagnostic d'une des <i>maladies infectieuses</i> couvertes. Cette protection est offerte seulement en complément de la protection Cancer ou de la protection Cœur.	54 ans ou moins : 12 500 \$ 55 à 74 ans : 6 250 \$

Note : Les *cancers*, les *maladies cardiovasculaires*, les *interventions chirurgicales* et les *maladies infectieuses* qui sont couverts sont indiqués dans la section « 6. Quelles sont les protections offertes? ». Vous devez lire la section se rapportant à chaque protection pour connaître l'ensemble des conditions qui s'appliquent.

2. Qui est admissible à l'Assurance mieux-être?

Tout *résident canadien* âgé de 64 ans ou moins est admissible à l'Assurance mieux-être s'il satisfait aux conditions d'assurabilité, telles qu'elles sont spécifiées dans les questionnaires d'assurabilité et de sélection des taux.

3. Âge de l'assuré

L'*assureur* utilise l'âge de l'*assuré* à son dernier anniversaire de naissance pour déterminer :

- a) son admissibilité;
- b) le montant payable; et
- c) la date de fin de son assurance.

Pour déterminer la *prime* d'un *assuré*, l'*assureur* utilise son âge à l'*anniversaire de contrat*.

En cas d'erreur dans la date de naissance de l'*assuré*, l'*assureur* compare les *primes* perçues avec celles qu'il aurait dû normalement recevoir et il effectue le rajustement nécessaire.

4. Quel est le coût de l'assurance?

L'*assureur* établit la *prime* pour chaque *assuré* au moment de la demande de l'assurance en fonction des éléments suivants :

- a) l'âge;
- b) le sexe;
- c) les protections choisies;
- d) les habitudes de consommation de tabac.

Les *primes* utilisées par l'*assureur* sont indiquées à l'annexe 1 « Primes » comprise dans les plus récentes *conditions particulières*.

Par la suite, l'*assureur* révisé la *prime* à chaque *anniversaire de contrat*. Une nouvelle *prime* peut s'appliquer si un *assuré* a changé de tranche d'âges ou si l'*assureur* a modifié les *primes* indiquées à l'annexe 1 « Primes » pour l'ensemble des *assurés*. L'*assureur* avise le *preneur* par écrit au moins 30 jours avant l'entrée en vigueur de la *prime* applicable pour la prochaine *année d'assurance* en lui faisant parvenir un avis de renouvellement et de perception de prime.

Si un *assuré* a cessé de faire usage du tabac depuis douze mois ou plus, le *preneur* peut demander à l'*assureur* de bénéficier de la *prime* pour non-fumeurs pour cet *assuré*. L'*assureur* lui envoie un formulaire à remplir à cette fin. La nouvelle *prime* s'applique à la date de la réception du formulaire dûment rempli.

Au moment de la souscription du contrat, le *preneur* autorise l'*assureur* à prélever la *prime* nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur. Le montant de la *prime*, la date à laquelle elle est due et les modalités de paiement sont indiqués dans les *conditions particulières*.

Le *preneur* doit aviser l'*assureur* de tout changement relatif à son adresse, à sa carte de crédit ou à l'institution financière avec laquelle il fait affaire pour le paiement de la *prime*.

Lorsqu'une *prime* n'est pas payée à la date prévue aux *conditions particulières*, l'*assureur* envoie au *preneur* un préavis de résiliation. Le *preneur* dispose d'un délai de 30 jours à partir de la date d'envoi du préavis pour payer la *prime*. L'assurance demeure en vigueur pendant ce délai. Ce délai ne s'applique toutefois pas si le *preneur* a fait savoir à l'*assureur* qu'il voulait mettre fin au contrat.

5. Durée du contrat et renouvellement

La durée du contrat est inscrite aux plus récentes *conditions particulières* à la section « Période d'assurance ». Par la suite, à moins d'avis contraire du *preneur*, le contrat est renouvelé automatiquement chaque année, à condition que les *primes* soient payées.

Le *preneur* autorise l'*assureur* à utiliser les renseignements qu'il lui a donnés pour gérer son dossier et pour lui rappeler le renouvellement de son contrat. Il autorise aussi l'*assureur* à obtenir au besoin ses nouvelles coordonnées auprès d'un tiers.

6. Quelles sont les protections offertes?

Protection Cancer

L'*assuré* d'un contrat Assurance mieux-être est couvert par la protection Cancer si elle est indiquée dans les *conditions particulières*. Cette protection prévoit le paiement d'un montant si, pendant que l'*assuré* est couvert par la présente protection, il reçoit pour la première fois de sa vie un diagnostic d'un *cancer* couvert.

Les *cancers* couverts par la présente protection doivent répondre à la définition suivante : « diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de *cancer* doit être posé par un *spécialiste* ».

Cependant, les *cancers* suivants, qui n'ont pas de risque de décès à court terme, ne sont pas couverts :

- a) carcinome in situ;
- b) mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);
- c) tout *cancer* de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;
- d) *cancer* de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Montant payable

L'*assureur* verse un montant de 25 000 \$ pour les *assurés* qui sont âgés de 54 ans ou moins au moment du diagnostic de *cancer*. Pour les *assurés* qui sont âgés de 55 à 74 ans inclusivement, le montant payé est de 12 500 \$.

Début de la protection

La protection Cancer entre en vigueur le jour où le *preneur* demande l'assurance. La protection débute alors pour chaque *assuré* qui satisfait aux critères d'admissibilité. La date de début de la protection est indiquée pour chaque *assuré* dans les *conditions particulières*.

Fin de la protection

La protection Cancer prend fin pour un *assuré* à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'*assuré* atteint l'âge de 75 ans;
- b) la date à laquelle l'*assuré* décède;
- c) la date du diagnostic de *cancer* :
 - si l'*assureur* a accepté la demande de prestation pour cet *assuré*;
 - si l'*assureur* a refusé la demande de prestation pour cet *assuré* en vertu de l'exclusion numéro 4 ci-dessous;
- d) la date à laquelle le *preneur* demande à l'*assureur* de mettre fin à la protection Cancer pour cet *assuré*;
- e) la date de début de la protection si l'*assureur* a refusé la demande de prestation en vertu des exclusions numéros 1 ou 2 ci-dessous.

Exclusions et limites

1. L'*assureur* ne verse aucun montant si l'*assuré* a déjà reçu un diagnostic de tout cancer avant la date de début de la protection Cancer.

2. L'*assureur* ne verse aucun montant si un des événements suivants survient dans les 6 mois précédant la date de début de la protection Cancer d'un *assuré* ou dans les 3 mois suivant cette date :

- a) diagnostic de tout cancer;
- b) apparition de signes, de symptômes, consultation médicale ou tests menant au diagnostic de tout cancer.

3. L'*assureur* ne verse aucun montant pour les cancers suivants* :

- a) carcinome in situ, ou
- b) mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V), ou
- c) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases, ou
- d) cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

* Ces cancers n'ont pas de risque de décès à court terme. Si un *assuré* reçoit un diagnostic d'un des cancers ci-dessus, l'assurance se poursuit.

4. **L'assureur ne verse aucun montant pour un cancer du col de l'utérus si l'assurée a subi un frottis cervical ou un test PAP dont les résultats étaient anormaux au cours des 24 mois précédant la date de début de la protection Cancer. Toutefois, l'assurée sera couverte si les résultats des tests subséquents sont normaux pendant une période de deux années consécutives.**
5. **Un maximum de deux contrats Assurance mieux-être peuvent donner droit au versement d'un montant pour la protection Cancer pour un même assuré.**
6. **L'assureur ne rembourse aucune prime pour un assuré s'il a déjà accepté une demande de prestation pour cet assuré.**

Protection Cœur

L'assuré d'un contrat Assurance mieux-être est couvert par la protection Cœur si elle est indiquée dans les *conditions particulières*. Cette protection prévoit le paiement d'un montant si, pendant que l'assuré est couvert par la présente protection :

- a) il reçoit pour la première fois de sa vie un diagnostic d'une des *maladies cardiovasculaires* couvertes; ou
- b) il subit pour la première fois de sa vie l'une des *interventions chirurgicales* couvertes.

Les *maladies cardiovasculaires* couvertes par la présente protection sont les suivantes :

- a) *infarctus du myocarde (crise cardiaque)*;
- b) *accident vasculaire cérébral (AVC)*.

Les *interventions chirurgicales* couvertes par la présente protection sont les suivantes :

- a) *pontage aorto-coronarien*;
- b) *chirurgie de l'aorte*.

La nécessité de l'*intervention chirurgicale* doit être établie pour la première fois de la vie de l'assuré pendant qu'il est couvert par la protection Cœur.

Montant payable

L'assureur verse un montant de 25 000 \$ pour les assurés qui sont âgés de 54 ans ou moins au moment du diagnostic de *maladie cardiovasculaire* ou au moment de l'*intervention chirurgicale*. Pour les assurés qui sont âgés de 55 à 74 ans inclusivement, le montant payé est de 12 500 \$.

Début de la protection

La protection Cœur entre en vigueur le jour où le *preneur* demande l'assurance. La protection débute alors pour chaque *assuré* qui satisfait aux critères d'admissibilité. La date de début de la protection est indiquée pour chaque *assuré* dans les *conditions particulières*.

Fin de la protection

La protection Cœur prend fin pour un *assuré* à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'*assuré* atteint l'âge de 75 ans;
- b) la date à laquelle l'*assuré* décède;
- c) la date du diagnostic de la *maladie cardiovasculaire* ou la date de l'*intervention chirurgicale*, si l'*assureur* a accepté la demande de prestation pour cet *assuré*;
- d) la date à laquelle le *preneur* demande à l'*assureur* de mettre fin à la protection Cœur pour cet *assuré*;
- e) la date de début de la protection si l'*assureur* a refusé la demande de prestation en vertu des exclusions numéros 1 ou 2 ci-dessous.

Exclusions et limites

1. **L'assureur ne verse aucun montant si, à la date de début de la protection :**
 - a) **l'assuré a déjà reçu un diagnostic d'une des maladies cardiovasculaires couvertes;**
 - b) **il a déjà subi l'une des interventions chirurgicales couvertes ou s'il est en attente d'une telle intervention;**
 - c) **il a déjà reçu un diagnostic d'angine, d'insuffisance cardiaque ou d'ischémie cérébrale transitoire.**

2. L'assureur ne verse aucun montant si un des événements suivants survient dans les **6 mois précédant** la date de début de la protection Cœur d'un assuré ou dans les **3 mois suivant** cette date :
- a) diagnostic de *maladie cardiovasculaire* ou *intervention chirurgicale* couverte;
 - b) apparition de signes, de symptômes, consultation médicale ou tests menant au diagnostic de toute *maladie cardiovasculaire* ou *intervention chirurgicale* couverte.
3. L'assuré doit avoir connu une *période de survie* de 30 jours après le diagnostic de *maladie cardiovasculaire* ou après l'*intervention chirurgicale* pour que l'assureur paie un montant.
4. L'assureur ne verse aucun montant pour un *accident vasculaire cérébral (AVC)** s'il s'agit :
- a) d'une ischémie cérébrale transitoire;
 - b) d'un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
 - c) d'un infarctus lacunaire, lequel ne correspond pas à la définition d'*accident vasculaire cérébral* décrite dans ce document.
- * Si un assuré reçoit un diagnostic d'un des trois types d'AVC ci-dessus, l'assurance se poursuit.
5. L'assureur ne verse aucun montant pour un *infarctus du myocarde (crise cardiaque)** dans les cas suivants :
- a) élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q;
 - b) découverte fortuite de changements à l'électrocardiogramme (ECG) suggérant un ancien *infarctus du myocarde*, lequel ne répond pas à la définition d'*infarctus du myocarde (crise cardiaque)* décrite dans ce document.
- * Si un assuré reçoit un diagnostic d'un des deux types d'*infarctus du myocarde* ci-dessus, l'assurance se poursuit.

6. Un maximum de deux contrats Assurance mieux-être peuvent donner droit au versement d'un montant pour la protection Cœur pour un même assuré.

7. L'assureur ne rembourse aucune prime pour un assuré s'il a déjà accepté une demande de prestation pour cet assuré.

Protection Maladies infectieuses

L'assuré d'un contrat Assurance mieux-être est couvert par la protection Maladies infectieuses si elle est indiquée dans les *conditions particulières*. Cette protection prévoit le paiement d'un montant si, pendant que l'assuré est couvert par la présente protection, il reçoit pour la première fois de sa vie un diagnostic d'une des *maladies infectieuses* couvertes.

Si un assuré a déjà reçu par le passé un diagnostic d'une des *maladies infectieuses* couvertes, il demeure couvert par la présente protection en cas de diagnostic d'une autre *maladie infectieuse* couverte.

La protection Maladies infectieuses est offerte seulement en complément de la protection Cancer ou de la protection Cœur.

Les *maladies infectieuses* couvertes par la présente protection sont les suivantes :

- a) *méningite bactérienne*;
- b) *maladie de Lyme*;
- c) *fasciite nécrosante (infection à bactérie mangeuse de chair)*;
- d) *infection à E. coli (maladie du hamburger)*;
- e) *virus du Nil occidental*.

Montant payable

L'assureur verse un montant de 12 500 \$ pour les assurés qui sont âgés de 54 ans ou moins lors du diagnostic d'une *maladie infectieuse*. Pour les assurés qui sont âgés de 55 à 74 ans inclusivement, le montant payé est de 6 250 \$.

Début de la protection

La protection Maladies infectieuses entre en vigueur à la date de début de la protection qui est indiquée pour chaque assuré dans les *conditions particulières*.

Fin de la protection

La protection Maladies infectieuses prend fin pour un *assuré* à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'*assuré* atteint l'âge de 75 ans;
- b) la date à laquelle l'*assuré* décède;
- c) la date à laquelle l'*assuré* n'est plus couvert par la protection Cancer ni par la protection Cœur;
- d) la date du diagnostic de toute *maladie infectieuse* si l'*assureur* a accepté la demande de prestation pour cet *assuré*;
- e) la date à laquelle le *preneur* demande à l'*assureur* de mettre fin à la protection Maladies infectieuses pour cet *assuré*.

Exclusions et limites

- 1. L'*assureur* ne verse aucun montant pour une *maladie infectieuse* si l'*assuré* a déjà reçu un diagnostic de cette *maladie infectieuse* avant la date de début de la protection Maladies infectieuses.**
- 2. L'*assureur* ne verse aucun montant pour une *maladie infectieuse* si un des événements suivants survient dans les 6 mois précédant la date de début de la protection Maladies infectieuses d'un *assuré* ou dans les 3 mois suivant cette date :**
 - a) diagnostic de cette *maladie infectieuse*;
 - b) apparition de signes, de symptômes, consultation médicale ou tests menant au diagnostic de cette *maladie infectieuse*.
- 3. L'*assuré* doit avoir connu une *période de survie* de 30 jours après le diagnostic de toute *maladie infectieuse* pour que l'*assureur* paie un montant.**
- 4. L'*assureur* ne verse aucun montant si l'*assuré* a déjà reçu une prestation pour l'une des *maladies infectieuses* en vertu d'un contrat Assurance mieux-être.**
- 5. L'*assureur* ne verse aucun montant pour une méningite virale.**
- 6. L'*assureur* ne verse aucun montant pour toute autre phase moins avancée de la *maladie de Lyme* non mentionnée dans la définition décrite dans ce document.**

7. Si un assuré est couvert par deux contrats Assurance mieux-être, un seul contrat peut donner droit au versement d'un montant pour cet assuré.

7. Remboursement de prime en cas de décès

Si un *assuré* âgé de moins de 75 ans décède pendant que le contrat Assurance mieux-être est en vigueur, l'*assureur* rembourse les *primes* payées pour cet *assuré* depuis le début de l'assurance pour les protections en vigueur au décès. Le montant du remboursement des *primes* exclut tout intérêt. Il ne peut en aucun temps dépasser 25 000 \$ pour les *assurés* qui sont âgés de 54 ans ou moins ou 12 500 \$ pour les *assurés* qui sont âgés de 55 à 74 ans inclusivement.

L'*assureur* verse tout remboursement de *prime* aux personnes suivantes :

- a) au *preneur*, s'il est vivant au moment du remboursement de *primes*, sinon;
- b) au *bénéficiaire* désigné, s'il est vivant au moment du remboursement de *primes*, sinon;
- c) aux héritiers légaux du *preneur*.

Les conditions et les procédures à suivre pour présenter une demande de remboursement de *prime* sont les mêmes que celles décrites à la section « 13. Demande de prestation (Réclamation) ».

L'*assureur* ne rembourse aucune *prime* pour un *assuré* s'il a déjà payé un montant pour ce dernier en vertu d'un contrat Assurance mieux-être.

8. Modification du contrat

Le *preneur* peut demander à l'*assureur* d'apporter certaines modifications à son contrat d'assurance.

Lorsque le *preneur* demande par écrit à l'*assureur* de modifier son contrat, sa demande entre en vigueur à la date à laquelle l'*assureur* la reçoit. Lorsque le *preneur* effectue sa demande de modification par téléphone, elle entre en vigueur la journée même de l'appel téléphonique.

Lorsque le *preneur* demande d'ajouter un *assuré* à son contrat, l'assurance entre en vigueur pour cet *assuré* le jour de la demande s'il satisfait aux critères d'admissibilité.

L'*assureur* se réserve le droit d'accepter ou de refuser toute demande de modification.

9. Fin du contrat

L'Assurance mieux-être prend fin pour l'ensemble des *assurés* d'un même contrat à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le *preneur* demande à l'*assureur* d'annuler son contrat;
- la date à laquelle le délai de 30 jours accordé pour le paiement de la *prime* s'est écoulé à la suite de l'envoi par l'*assureur* d'un préavis de résiliation;
- lorsqu'une demande de prestation comprend des déclarations ou omissions frauduleuses;
- la date à laquelle le *preneur* décède.

10. Délai pour l'examen du contrat

Le *preneur* dispose de 30 jours, après la réception de son contrat, pour en prendre connaissance et aviser l'*assureur* s'il n'en est pas satisfait. À la demande du *preneur*, l'*assureur* annule le contrat et cette annulation prend effet à la date à laquelle le contrat est entré en vigueur. Cette date est indiquée dans les *conditions particulières*. De plus, l'*assureur* rembourse alors au *preneur* toute *prime* payée, à condition qu'aucune demande de prestation n'ait été présentée.

11. Résiliation de l'assurance

Le *preneur* peut demander en tout temps à l'*assureur* de mettre fin à une protection ou à l'ensemble des protections de son contrat d'assurance. À la réception de cette demande, l'*assureur* met fin à l'assurance et rembourse au *preneur* la portion non utilisée (en jours) de la *prime*. L'*assureur* ne rembourse aucune *prime* pour un contrat s'il s'agit d'un montant inférieur à 10 \$.

12. Déclarations de l'assuré et du preneur

L'assureur peut contester toute déclaration ou omission de l'assuré ou du preneur pendant 24 mois après l'entrée en vigueur de l'assurance d'un assuré. Cette date est indiquée dans les conditions particulières.

L'assureur peut toutefois contester en tout temps une déclaration ou omission de l'assuré ou du preneur s'il s'agit d'une fraude.

Dans ces deux cas, le contrat devient nul.

13. Demande de prestation (Réclamation)

Présentation de la demande

Pour obtenir tout renseignement, communiquez avec l'assureur au numéro suivant pendant les heures normales de bureau :

1 877 747-5005

L'assureur fera parvenir l'information et les documents nécessaires pour soumettre une demande de prestation (réclamation).

Toute demande de prestation doit être présentée à l'assureur dans les 60 jours qui suivent la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale qui peut donner lieu au paiement d'un montant. Les demandes doivent être transmises à l'adresse suivante :

Desjardins Sécurité financière,
compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

La demande peut être soumise par le preneur ou, en cas de décès du preneur, par le bénéficiaire désigné, ou en cas de décès de ce dernier ou en l'absence de bénéficiaire désigné, par les héritiers légaux du preneur.

L'assureur peut exiger tout renseignement, toute preuve ou tout document qu'il juge nécessaires à l'étude d'une demande de prestation. Ces renseignements, preuves ou documents doivent lui être fournis dans les 90 jours qui suivent la date de la demande.

Si une personne ne transmet pas la demande de prestation ou les preuves et renseignements exigés dans les délais prévus, cela ne

signifie pas que sa demande sera refusée. Cependant, elle devra démontrer pourquoi elle a été dans l'impossibilité d'agir dans les délais prévus. Les documents requis doivent alors parvenir à l'assureur dans l'année qui suit la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale qui a entraîné la demande de prestation.

L'assureur ne verse aucun montant s'il n'a pas d'abord obtenu toute autorisation nécessaire quant à la collecte et à la communication de renseignements personnels.

L'assureur se réserve le droit de faire examiner l'assuré par le médecin de son choix lorsqu'une demande de prestation lui est présentée.

Paiement du montant

L'assureur paie tout montant aux personnes suivantes :

- a) au *preneur*, s'il est vivant au moment du paiement, sinon;
- b) au *bénéficiaire* désigné, s'il est vivant au moment du paiement, sinon;
- c) aux héritiers légaux du *preneur*.

Réponse de l'assureur

Si l'assureur accepte la demande, il verse le montant dans les 60 jours de la réception des preuves requises pour le paiement.

Si l'assureur refuse la demande, il envoie une lettre à l'auteur de la demande pour lui expliquer les motifs de sa décision. Il expédie cette lettre dans les 60 jours qui suivent la réception des documents requis pour l'examen de la demande.

Appel de la décision de l'assureur et recours

Si l'assureur refuse la demande de prestation, l'auteur de la demande peut lui soumettre des renseignements supplémentaires et demander une seconde analyse. Il est possible de contester une décision de l'assureur dans le délai prescrit par la loi provinciale applicable.

Il est absolument interdit d'intenter contre un assureur des actions ou des procédures ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées aux termes du contrat, à moins que ces actions ou procédures n'aient été introduites à l'intérieur des délais énoncés dans la *Insurance Act* ou dans toute autre loi applicable. Au Québec, la loi prévoit un délai maximal de 3 ans (délai de prescription) pour contester une décision de l'assureur et ce délai est de 2 ans en Ontario.

14. Désignation de bénéficiaire

Le *preneur* peut en tout temps désigner, révoquer ou ajouter un ou des *bénéficiaire(s)* en remplissant le formulaire prévu à cette fin. Toutefois, l'*assureur* n'assume aucune responsabilité quant à la désignation de *bénéficiaire*.

15. Monnaie

Tout paiement prévu dans les présentes conditions générales est effectué en monnaie canadienne.

16. Définitions

Voici le sens donné à certains termes utilisés dans le contrat. Ces termes sont indiqués en *italique* dans les présentes conditions générales.

Accident vasculaire cérébral (AVC) : diagnostic définitif d'un *accident vasculaire cérébral* aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- a) apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- b) nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 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*.

Exclusions : **Aucun montant ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :**

- **attaques ischémiques cérébrales transitoires;**
- **accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;**
- **infarctus lacunaire, lequel ne correspond pas à la définition d'*accident vasculaire cérébral* décrite précédemment.**

Angine : douleurs thoraciques provoquées par le manque d'oxygène à des zones du cœur en raison de l'obstruction ou du rétrécissement des artères coronariennes.

Année d'assurance : chaque période d'un an calculée à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat et comprise entre deux *anniversaires de contrat*. L'*année d'assurance* correspond à la « Période d'assurance » indiquée aux *conditions particulières*.

Anniversaire de contrat : l'*anniversaire de contrat* survient à la date qui marque le début de chaque nouvelle *année d'assurance*. L'*anniversaire de contrat* se calcule à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat. La date d'entrée en vigueur du contrat est indiquée dans les *conditions particulières* et l'avis de renouvellement et de perception de prime.

Assuré : toute personne dont le nom est inscrit dans les *conditions particulières* à la section « Assuré(s) ». De plus, elle doit satisfaire aux critères d'admissibilité au moment où elle devient assurée par le contrat Assurance mieux-être.

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Bénéficiaire : personne désignée par le *preneur* pour recevoir le montant prévu pour une protection ou le remboursement de *prime*.

Cancer : diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de *cancer* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusions : **Aucun montant ne sera payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :**

- **carcinome in situ;**
- **mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V);**
- **tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases;**
- **cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).**

Chirurgie de l'aorte : *intervention chirurgicale* pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications. Un *spécialiste* doit approuver la nécessité médicale de la *chirurgie de l'aorte*.

Conditions particulières : document que l'*assureur* remet au *preneur* pour lui confirmer les protections pour chaque *assuré*. Les avis de renouvellement et de perception de prime que l'*assureur* remet au *preneur* lors de son renouvellement sont considérés au même titre que les *conditions particulières*.

Fasciite nécrosante (infection à bactérie mangeuse de chair) : infection bactérienne à développement très rapide qui s'attaque aux couches de tissus entourant les muscles. Le traitement de cette infection doit exiger une intervention chirurgicale et la prise d'antibiotiques.

Infarctus du myocarde (crise cardiaque) : 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 :

- symptômes d'*infarctus du myocarde*;
- nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un *infarctus du myocarde*;
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic d'*infarctus du myocarde* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusions : **Aucun montant ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :**

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q;**
- découverte fortuite de changements à l'électrocardiogramme (ECG) suggérant un ancien *infarctus du myocarde*, lequel ne répond pas à la définition d'*infarctus du myocarde (crise cardiaque)* décrite précédemment.**

Infection à E. coli (maladie du hamburger) : infection à la bactérie *Escherichia coli* O157:H7 (*E. coli*) confirmée par une culture de selles. Cette infection doit aussi causer au moins une des complications suivantes, attestée par un *médecin* :

- syndrome urémique hémolytique;
- anémie hémolytique;
- thrombocytopénie;
- insuffisance rénale.

Insuffisance cardiaque : problème engendré par un défaut de fonctionnement du muscle, des valves ou du rythme cardiaques, ce qui provoque une mauvaise fonction cardiaque. Il en résulte de l'essoufflement et une rétention de liquide.

Intervention chirurgicale ou **intervention** : *pontage aorto-coronarien* ou *chirurgie de l'aorte*.

Maladie cardiovasculaire : *infarctus du myocarde (crise cardiaque)* ou *accident vasculaire cérébral (AVC)*.

Maladie de Lyme : infection par la *maladie de Lyme* causée par la bactérie *Borrelia burgdorferi*. Cette bactérie est transmise par une piqûre de tique. Cette infection doit être confirmée par des tests cliniques et être à la phase secondaire ou tertiaire. La personne atteinte doit présenter des signes cliniques, y compris des troubles neurologiques. Ces troubles neurologiques doivent être attestés par un neurologue qui exerce sa profession au Canada.

Exclusion : aucun montant ne sera payable pour toute autre phase moins avancée de la *maladie de Lyme* non mentionnée dans la présente définition.

Maladies infectieuses : *méningite bactérienne, maladie de Lyme, fasciite nécrosante (infection à bactérie mangeuse de chair), infection à E. coli (maladie du hamburger) ou virus du Nil occidental* diagnostiqués par un *spécialiste*.

Médecin : toute personne, autre que l'*assuré*, qui pratique la médecine au Canada et y est autorisée. De plus, le *médecin* ne doit pas habiter avec l'*assuré* ni avec le *preneur*.

Méningite bactérienne : 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 : aucun montant ne sera payable pour cette condition dans le cas d'une *méningite virale*.

Période de survie : période qui débute à la date du diagnostic de toute *maladie cardiovasculaire, maladie infectieuse* ou de l'*intervention chirurgicale* et qui se termine 30 jours suivant la date du diagnostic ou de l'*intervention*, sauf lorsque modifiée ailleurs dans les conditions générales. La *période de survie* n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. L'*assuré* doit être vivant à la fin de la *période de survie* et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau.

Pontage aorto-coronarien : acte chirurgical qui consiste à contourner les artères coronariennes qui sont obstruées pour apporter le sang artériel au cœur. La chirurgie se fait à l'aide d'artères et de veines prélevées sur le patient.

Preneur : personne de 18 ans ou plus qui conclut le contrat avec l'*assureur* et qui répond à la définition de *résident canadien* lors de l'entrée en vigueur du contrat. Le *preneur* est considéré comme le propriétaire du contrat. Son nom est indiqué dans les *conditions particulières*. Il peut aussi être un *assuré*.

Prime : montant que le *preneur* paye à l'*assureur* pour maintenir le contrat en vigueur.

Résident canadien : personne autorisée par la loi à demeurer au Canada et qui y demeure pendant au moins 6 mois par année.

Spécialiste : toute personne, autre que l'*assuré*, qui pratique la médecine au Canada et y est autorisée par une autorité compétente. Le *spécialiste* exerce sa profession dans le champ de pratique lié à la maladie diagnostiquée. De plus, le *spécialiste* ne doit pas être un membre de la famille de l'*assuré* ni habiter avec celui-ci.

Virus du Nil occidental : infection par le *virus du Nil occidental* confirmée par des tests sanguins. Cette infection doit causer une des complications suivantes :

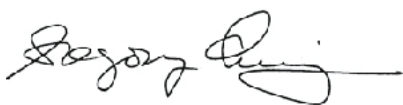
- a) méningite;
- b) encéphalite;
- c) paralysie flasque aiguë.

17. Gestion des renseignements personnels

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2.

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.



Gregory Chrispin
Président et chef de la direction



Christian Dufour
Vice-président principal
Assurance des particuliers

18. Une insatisfaction? Faites-le-nous savoir

Vous avez des préoccupations ou vous êtes insatisfait du service reçu ou de notre produit Assurance mieux-être, faites-le-nous savoir.

Communiquez avec notre service à la clientèle au 1 866 647-5013.

Pour déposer une plainte officielle, deux options :

1. Communiquez avec l'Officier du règlement des différends au 1 877 938-8184;
2. Utilisez le formulaire de plainte disponible sur notre site Internet : dsf.ca/plainte.

Pour obtenir des
renseignements supplémentaires
sur l'Assurance mieux-être,
communiquez avec *l'assureur* au :
1 877 747-5005.



assurancemieuxetre.ca

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2
1 877 747-5005
Télécopieur : 418 833-6546

