



ASSURANCE MALADIES GRAVES SUN LIFE

Guide des définitions des maladies graves



La vie est plus radieuse sous le soleil

Guide de définitions des maladies graves de la Sun Life

**Contrats d'assurance maladies
graves vendus après
le 18 octobre 2021**

L'Assurance maladies graves (AMG) Sun Life offre une aide financière pour payer les frais associés à une maladie qui viendrait bouleverser la vie. Si la personne assurée souffre d'une des maladies graves couvertes et qu'elle satisfait aux conditions de la période de survie, telles que décrites dans votre contrat, vous* recevrez un paiement forfaitaire.

Le présent guide vous aide à comprendre les maladies, les affections et les interventions couvertes par un contrat d'AMG Sun Life.

* Aux fins du présent guide, « vous » désigne le propriétaire du contrat.



Table des matières

Maladies qui donnent droit à une prestation complète.....	7
Maladies qui donnent droit à une prestation partielle	20
Maladies de l'enfance qui donnent droit à une prestation complète	22
Sommaire des périodes de survie	24
Lexique	25



Renseignements importants sur les maladies et la façon dont elles sont définies

Le cas échéant, nous utilisons les définitions normalisées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP).

- Une période de survie s'applique pour certaines maladies. Pour satisfaire à cette exigence, la personne assurée doit être toujours en vie à la fin de la période de survie de ces maladies. Lorsqu'aucune période de survie ne s'applique à la maladie, la personne assurée doit être en vie au moment où le diagnostic est établi. Cette période de survie est indiquée dans la définition de la maladie ou dans le sommaire à la fin du guide.
- Dans le cas des maladies suivantes, il faut, en outre, que des symptômes soient présents durant la période d'admissibilité qui s'applique : lésion cérébrale acquise attribuable à un traumatisme externe; accident vasculaire cérébral; coma; démence, y compris maladie d'Alzheimer; diabète sucré de type 1 (maladie de l'enfance); lésion cérébrale acquise; maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques; paralysie; perte d'autonomie; sclérose en plaques. La durée de la période d'admissibilité est indiquée dans la définition de chaque maladie et dans le sommaire à la fin du guide.
- En outre, un délai d'attente s'applique au cancer, à la tumeur cérébrale bénigne et à la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques. Si 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 durant le délai d'attente, nous excluerons la couverture pour ces maladies de votre contrat.

À ne pas oublier : Si vous remplacez une assurance maladies graves d'une autre compagnie, la personne assurée ne sera pas couverte pour ces maladies durant le délai d'attente.



Ce que vous devez savoir pour présenter une demande de règlement d'assurance maladies graves

Pour avoir droit au versement d'une prestation d'assurance maladies graves, il faut répondre à toutes les conditions de la définition de la maladie grave couverte

Le contrat doit être en vigueur à la date où la demande est présentée. Nous devons la recevoir moins d'un an après la date où la personne assurée a reçu le diagnostic d'une maladie grave couverte.

Un spécialiste doit poser le diagnostic de la maladie grave couverte et doit donner le traitement pour cette maladie. Le diagnostic écrit doit :

- contenir des renseignements appropriés pour évaluer la maladie grave couverte;
- être préparé et signé par un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis et exerçant sa profession au Canada ou aux États-Unis ou par un autre médecin que nous jugeons acceptable.

Si une maladie a commencé ou a été diagnostiquée pendant que la personne assurée était à l'extérieur du Canada ou des États-Unis

Vous pouvez présenter une demande de règlement d'assurance maladies graves si la maladie grave couverte a commencé ou a été diagnostiquée pendant qu'une personne assurée était à l'extérieur du Canada ou des États-Unis. Vous devrez nous fournir tous les renseignements qu'il nous faut pour étudier la demande.

Si les dossiers médicaux de la personne assurée ne sont ni en français ni en anglais, il faut nous fournir une traduction des dossiers en français ou en anglais.

Après étude des dossiers médicaux reçus, nous devons être d'avis que le même diagnostic ou traitement aurait été fait si la maladie avait commencé ou avait été diagnostiquée au Canada.



Le contrat comprend d'autres conditions qui ne sont pas présentées dans le présent guide

Le présent guide ne doit être utilisé qu'à titre de référence générale. Il ne fait pas partie de votre contrat. Chaque contrat est unique et comprend des exclusions et restrictions supplémentaires qui définissent quand une prestation n'est pas payable. Il est de votre responsabilité de passer en revue votre contrat et de prendre connaissance des exclusions et restrictions qui s'appliquent.

Les maladies qui ne sont pas explicitement mentionnées ou qui ne répondent pas aux conditions énoncées ne sont pas couvertes. Toutes les maladies doivent aussi correspondre à la description donnée dans le contrat.

Maladies qui donnent droit à une prestation complète

Si la personne assurée reçoit le diagnostic d'une de ces maladies graves et qu'elle satisfait aux conditions de la période de survie (lorsque applicable), vous recevrez le montant de votre assurance en un paiement forfaitaire et le contrat prendra fin. Nous avons nommé cette liste de maladies « Groupe 1 ».

Accident vasculaire cérébral

Explication

Un accident vasculaire cérébral (AVC) survient lorsque l'irrigation sanguine du cerveau est réduite à la suite d'un blocage (embolie), d'un caillot sanguin (thrombose) ou d'une hémorragie. Il cause des dommages permanents au cerveau, qui affectent certaines fonctions. Selon la partie du cerveau qui est endommagée, les accidents vasculaires cérébraux peuvent entraîner une hémiplégié (paralysie d'un côté du corps) et une altération de la parole ou de la vue. Les accès ischémiques transitoires cérébraux, aussi appelés mini AVC, qui ne produisent pas de symptômes ni de détérioration neurologique persistante ne sont pas couverts.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) avec déficits neurologiques persistants est défini comme le diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique;

persistant pendant plus de 30 jours consécutifs après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques persistants.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC) doit être posé par un spécialiste.

Période de survie

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être détectables par un médecin et peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :

- perte mesurable de l'ouïe;
- perte objective de la sensibilité;
- paralysie;
- faiblesse localisée;
- dysarthrie (difficulté de prononciation);
- dysphasie (difficulté de langage);
- dysphagie (difficulté à avaler);
- perte mesurable de la vision;
- démarche anormale (difficulté à marcher);
- manque d'équilibre;
- manque de coordination;
- apparition de convulsions qui sont en cours de traitement;
- déclin mesurable de la fonction neurocognitive.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

[suite à la page suivante >](#)

Accident vasculaire cérébral suite

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus

Anémie aplasique

L'anémie aplasique est définie comme le diagnostic formel, 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.

Brûlures graves

Les brûlures graves sont définies comme le diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cancer

Explication

Le cancer (également appelé carcinome) est la croissance anormale ou maligne de cellules qui s'étendent à tout l'organisme et détruisent les tissus sains. L'assurance maladies graves couvre tous les cancers qui mettent la vie en danger : la leucémie, les lymphomes, la maladie de Hodgkin, ainsi que les tumeurs en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le terme « cancer » est utilisé pour décrire une grande variété de tumeurs, certaines étant moins graves que d'autres, y compris celles qui ne sont pas de nature critique. Les cancers moins graves ou non critiques sont exclus de la liste des maladies couvertes. Le cancer in situ du col de l'utérus, par exemple, qui est habituellement décelé et traité avant qu'il ne s'étende aux autres tissus adjacents, n'est pas couvert. Toutefois, si l'un des cancers exclus n'est pas guéri et qu'il s'aggrave, la prestation pourrait être payable à condition que le contrat soit toujours demeuré en vigueur. Certaines formes moins graves de cancer pourraient donner droit à une prestation partielle, comme il est décrit plus loin.

Le cancer est défini comme un diagnostic formel d'une tumeur maligne. La tumeur 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 et confirmé par un rapport d'histopathologie ou par des tests pathologiques appropriés dans le cas de tumeurs non solides.

suite à la page suivante >

Cancer suite

Exclusions

Aucune prestation n'est 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 noeuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- 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 noeuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1 limitées à l'organe atteint, traitées uniquement par intervention chirurgicale et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur.

Aux fins du contrat, 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 stadification du cancer (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). Aux fins du contrat, 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).

Délai d'attente de 90 jours pour un cancer

Aucune prestation n'est payable au titre d'un cancer si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le contrat;
- date du contrat indiquée dans le Sommaire du contrat;
- date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée sous le titre Modifications à ce contrat;
- date de la dernière remise en vigueur du contrat;

la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le contrat).

Obligation de nous informer d'un cancer

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'un cancer, sans égard à la date du diagnostic.

- Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour cancer est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.
- Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave couverte causée par un cancer ou son traitement.

Pour nous aviser, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir.

Cécité

La cécité est définie comme un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte

La chirurgie de l'aorte est définie comme une 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.

Période de survie

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intraartérielle ou transcatéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Coma

Le coma est défini comme le diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant cette période.

Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :

- le coma a été médicalement provoqué;
- le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues;
- un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Crise cardiaque

Explication

Une crise cardiaque (parfois appelée infarctus du myocarde ou thrombose coronaire) peut survenir lorsque l'irrigation sanguine normale du cœur est interrompue par le blocage d'une artère ou par un caillot, ce qui entraîne la mort d'une partie du muscle cardiaque. Le symptôme le plus fréquent est une douleur aiguë dans la poitrine, mais ce n'est pas forcément le seul symptôme. Le diagnostic d'une crise cardiaque récente est confirmé par la détection d'une activité électrique anormale à la surface du cœur qu'on peut voir sur l'électrocardiogramme (ECG), et d'un niveau élevé de marqueurs biochimiques cardiaques provenant des tissus musculaires cardiaques endommagés.

[suite à la page suivante >](#)

Crise cardiaque suite

La crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) est définie comme le diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) doit être posé par un spécialiste.

Période de survie

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

La défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe est définie comme le diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation relative à la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise.

La date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de la personne assurée dans un centre de transplantation.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

La démence, y compris maladie d'Alzheimer, est définie comme le diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (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.

[suite à la page suivante >](#)

Démence, y compris maladie d'Alzheimer suite

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un miniexamen 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 6 mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « démence » pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Greffe d'un organe vital

La greffe d'un organe vital est définie comme une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Infection à VIH contractée au travail

L'infection à VIH contractée au travail est définie comme un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus récente des dates suivantes :

- date la plus récente où la proposition a été signée pour le contrat;
- date du contrat;
- date de la dernière remise en vigueur du contrat.

La prestation relative à cette affection n'est payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- la blessure accidentelle doit nous être signalée dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.

[suite à la page suivante >](#)

Infection à VIH contractée au travail suite

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :

- la personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est définie comme le diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Lésion cérébrale acquise attribuable à un traumatisme externe

La lésion cérébrale acquise attribuable à un traumatisme externe est définie comme le diagnostic formel de nouveaux dommages aux tissus du cerveau dus à une blessure traumatique à la tête entraînant un nouveau déficit neurologique important qui :

- découle d'un traumatisme externe suffisamment grave pour inciter la personne assurée à consulter un médecin dans la semaine suivant le traumatisme;
- est présent et peut être constaté à l'examen clinique;
- est corroboré par les résultats anormaux d'examens d'imagerie cérébrale comme une résonance magnétique du système nerveux (IRM) ou une tomodensitométrie (TDM) qui viennent confirmer le traumatisme cérébral; et
- persiste pendant plus de 180 jours consécutifs suivant la date du diagnostic.

Le diagnostic de lésion cérébrale acquise attribuable à un traumatisme externe doit être posé par un spécialiste.

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être détectables par un médecin et peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :

- perte mesurable de l'ouïe;
- perte objective de la sensibilité;
- paralysie;
- faiblesse localisée;
- dysarthrie (difficulté de prononciation);
- dysphasie (difficulté de langage);
- dysphagie (difficulté à avaler);
- perte mesurable de la vision;
- démarche anormale (difficulté à marcher);
- manque d'équilibre;
- manque de coordination;
- apparition de convulsions qui sont en cours de traitement;
- déclin mesurable de la fonction neurocognitive.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :

- anomalie décelée par des examens d'imagerie cérébrale sans lien avec une détérioration clinique;
- déficit neurologique sans lésion correspondante détectée par des examens d'imagerie;
- commotion cérébrale sans résultats anormaux d'examens d'imagerie.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

La maladie de Parkinson est définie comme le diagnostic formel 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;
- 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 dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Le syndrome parkinsonien atypique est défini comme le diagnostic formel 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.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour tout autre type de parkinsonisme.

La couverture pour la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques comporte un délai d'attente d'un an

Aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou aux syndromes parkinsoniens atypiques n'est payable si dans l'année qui suit la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le contrat;
- date du contrat;
- date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat;
- date de la dernière remise en vigueur du contrat;

la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic d'un syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre parkinsonisme, sans égard à la date du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de la maladie de Parkinson, d'un syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre parkinsonisme.

! Obligation de nous informer de la maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens atypiques, sans égard à la date du diagnostic :

- Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour maladie de Parkinson ou syndromes parkinsoniens atypiques est exclue en raison du délai d'attente d'un an, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.
- Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou toute maladie grave couverte causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Maladie du motoneurone

La maladie du motoneurone est définie comme le diagnostic formel d'une des maladies suivantes et se limite à ces maladies :

- atrophie musculaire progressive;
- paralysie bulbaire progressive;
- paralysie pseudo-bulbaire;
- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- sclérose latérale primitive.

Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.

Méningite purulente

La méningite purulente est définie comme un diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant la présence de bactéries pathogènes. La présence de bactéries pathogènes doit être confirmée par une culture ou au moyen d'un autre test microbiologique médicalement accepté. La méningite purulente doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours consécutifs suivant la date d'établissement du diagnostic.

Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être détectables par un médecin et peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :

- perte mesurable de l'ouïe;
- perte objective de la sensibilité;
- paralysie;
- faiblesse localisée;
- dysarthrie (difficulté de prononciation);
- dysphasie (difficulté de langage);
- dysphagie (difficulté à avaler);
- perte mesurable de la vision;
- démarche anormale (difficulté à marcher);
- manque d'équilibre;
- manque de coordination;
- apparition de convulsions qui sont en cours de traitement;
- déclin mesurable de la fonction neurocognitive.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « méningite purulente » dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie

La paralysie est définie comme le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins 2 membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie

La perte d'autonomie est définie comme le diagnostic formel d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 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.

Si la personne assurée souffre de perte d'autonomie avant l'anniversaire du contrat le plus proche de son 18^e anniversaire de naissance, vous devrez attendre avant de nous envoyer une demande de règlement pour cette affection. Vous pourrez présenter une demande, au plus tôt, à l'anniversaire du contrat le plus proche du 18^e anniversaire de naissance de la personne assurée. Vous pourrez présenter une demande, au plus tard, à l'anniversaire du contrat le plus proche du 19^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Perte de l'usage de la parole

La perte de l'usage de la parole est définie comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres

La perte de membres est définie comme le diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Pontage aortocoronarien

Le pontage aortocoronarien est défini comme une 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.

Période de survie

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intraartérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque est défini comme une 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.

Période de survie

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques est définie comme le diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

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

Surdité

La surdité est définie comme le diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne

La tumeur cérébrale bénigne est définie comme le diagnostic formel 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 de nouveaux déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Les nouveaux déficits neurologiques doivent être détectables par un médecin et peuvent inclure, sans s'y limiter, ce qui suit :

- perte mesurable de l'ouïe;
- perte objective de la sensibilité;
- paralysie;
- faiblesse localisée;
- dysarthrie (difficulté de prononciation);
- dysphasie (difficulté de langage);
- dysphagie (difficulté à avaler);
- perte mesurable de la vision;
- démarche anormale (difficulté à marcher);
- manque d'équilibre;
- manque de coordination;
- apparition de convulsions qui sont en cours de traitement;
- déclin mesurable de la fonction neurocognitive.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Délai d'attente de 90 jours pour une tumeur cérébrale bénigne

Aucune prestation n'est payable au titre de la tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le contrat;
- date du contrat indiquée dans le Sommaire du contrat;
- date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée sous le titre Modifications à ce contrat;
- date de la dernière remise en vigueur de ce contrat;

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 du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

[suite à la page suivante >](#)

Tumeur cérébrale bénigne suite

! Obligation de nous informer d'une tumeur cérébrale bénigne

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'une tumeur cérébrale bénigne, sans égard à la date du diagnostic.

- Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour tumeur cérébrale bénigne est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.
- Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour une tumeur cérébrale bénigne ou toute maladie grave couverte causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.
- Pour nous aviser, communiquez avec nous au numéro sans frais indiqué au début du présent contrat. Nous vous enverrons ensuite le formulaire à remplir.

Maladies qui donnent droit à une prestation partielle

Si la personne assurée reçoit le diagnostic d'une de ces maladies et qu'elle survit à cette maladie, vous recevrez une prestation partielle qui vous sera versée en un paiement forfaitaire. Nous avons nommé cette liste de maladies « Groupe 2 ». La prestation partielle correspondra à 15 % de la prestation d'assurance maladies graves, jusqu'à concurrence de 50 000 \$ par affection. Vous ne pouvez faire qu'une seule demande de règlement par maladie qui donne droit à une prestation partielle. Nous paierons un maximum de 4 prestations partielles. Le contrat ne prendra pas fin et vous devrez continuer de payer les primes pour que l'assurance demeure en vigueur. Le plein montant de la prestation d'assurance maladies graves ne sera pas réduit et l'assurance continuera de procurer une protection pouvant donner lieu à un règlement.

Angioplastie coronarienne

L'angioplastie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale 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.

L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Période de survie

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de l'intervention.

Délai d'attente de 90 jours pour un cancer

Aucune prestation n'est payable au titre d'un cancer si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :

- date où la proposition a été signée pour le contrat;
- date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat;
- date du contrat;
- date de la dernière remise en vigueur du contrat;

la personne assurée :

- a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le contrat).

Obligation de nous informer d'un cancer

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'un cancer, sans égard à la date du diagnostic.

- Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour cancer est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.
- Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave couverte causée par un cancer ou son traitement.

Cancer – cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Le diagnostic de cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Cancer – cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1

Le cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire est défini comme le diagnostic formel d'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 noeuds lymphoïdes ni métastases.

Le diagnostic de cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Cancer – carcinome canalaire in situ du sein

Le carcinome canalaire in situ du sein est un cancer non invasif.

Le diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Cancer – leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade Rai 0

La leucémie lymphoïde chronique est définie comme le diagnostic formel d'une leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai.

Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Exclusions

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour une lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS).

Cancer – mélanome malin au stade 1A

Le mélanome malin au stade 1A est un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, confirmé par une biopsie, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.

Le diagnostic de mélanome malin au stade 1A doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Cancer – tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1

Le diagnostic des tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1 doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu. Les tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de degré 1 doivent être limitées à l'organe atteint et traitées uniquement par intervention chirurgicale.

Cancer – tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC

Le diagnostic des tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la définition de l'AJCC doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Maladies de l'enfance qui donnent droit à une prestation complète

Lorsque la personne assurée est âgée entre 0 et 17 ans, l'AMG Sun Life comprend la couverture pour cinq maladies supplémentaires. Si l'enfant reçoit le diagnostic d'une de ces maladies graves et qu'il survit à cette maladie, vous recevrez le montant de votre assurance en un paiement forfaitaire et le contrat prendra fin. La couverture pour ces affections prend fin au 24^e anniversaire de naissance de l'enfant.

Cardiopathie congénitale

La cardiopathie congénitale est définie comme le diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques suivantes couvertes.

Affections cardiaques couvertes par l'assurance

- Coarctation de l'aorte
- Maladie d'Ebstein
- Syndrome d'Eisenmenger
- Tétralogie de Fallot
- Transposition des gros vaisseaux

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée;
- être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables.
- être posé par un spécialiste; et

Période de survie

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

La cardiopathie congénitale couvre également les affections cardiaques décrites ci-dessous pour lesquelles une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée afin d'y remédier.

Affections cardiaques couvertes par l'assurance si une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée

Les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles :

- Communication interauriculaire
- Communication interventriculaire
- Rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré
- Sténose aortique
- Sténose pulmonaire.

Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :

- Fermeture percutanée de la communication interauriculaire
- Interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée.

[suite à la page suivante >](#)

Cardiopathie congénitale suite

Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un spécialiste et la chirurgie doit :

- être recommandée par un spécialiste;
- être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables; et
- être effectuée par un spécialiste.

Période de survie

La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.

Diabète sucré de type 1

Le diabète sucré de type 1 est défini comme un diagnostic formel de diabète sucré de type 1 qui se manifeste chez la personne assurée par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins 3 mois consécutifs.

Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et
- être posé par un spécialiste.

Dystrophie musculaire

La dystrophie musculaire est définie comme un diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez la personne assurée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et, une biopsie musculaire ou d'autres tests que nous jugeons acceptables pour confirmer le diagnostic.

Le diagnostic de dystrophie musculaire doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et
- être posé par un spécialiste.

Fibrose kystique

La fibrose kystique est définie comme un diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la personne assurée par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Le diagnostic de fibrose kystique doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et
- être posé par un spécialiste.

Paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale est définie comme le diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui affecte le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Le diagnostic de paralysie cérébrale doit :

- être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et
- être posé par un spécialiste.

Sommaire des périodes de survie

Maladie	Période d'admissibilité	Période de survie
Accident vasculaire cérébral	30 jours	30 jours après la date du diagnostic
Angioplastie coronarienne (maladie qui donne droit à une prestation partielle)	s.o.	30 jours après la date de l'intervention
Cardiopathie congénitale (maladie de l'enfance)	s.o.	30 jours après la date du diagnostic. Si une chirurgie est pratiquée, la personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.
Chirurgie de l'aorte	s.o.	30 jours après la date de la chirurgie
Coma	96 heures	s.o.
Crise cardiaque	s.o.	30 jours après la date du diagnostic
Démence, y compris maladie d'Alzheimer	6 mois	s.o.
Diabète sucré de type 1 (maladie de l'enfance)	3 mois	s.o.
Infection à VIH contractée au travail	Se reporter à la définition complète	s.o.
Lésion cérébrale acquise	180 jours	s.o.
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	1 an	s.o.
Méningite purulente	90 jours	s.o.
Paralysie	90 jours	s.o.
Perte d'autonomie	90 jours	s.o.
Perte de l'usage de la parole	180 jours	s.o.
Pontage aortocoronarien	s.o.	30 jours après la date de la chirurgie
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	s.o.	30 jours après la date de la chirurgie
Sclérose en plaques	Se reporter à la définition complète	s.o.

! Les affections qui ne sont pas dans le tableau ne comportent pas de période d'admissibilité ni de période de survie.

Lexique

« Âge »

Âge signifie l'âge d'une personne à son anniversaire de naissance le plus proche d'une date déterminée. C'est ce que nous appelons l'« âge le plus proche ». Par exemple, l'âge d'une personne à la date du contrat est l'âge de cette personne à son anniversaire de naissance le plus proche de la date du contrat.



Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP)

L'ACCAP est une association sans but lucratif et à adhésion libre dont les membres détiennent 99 % des assurances vie et maladie en vigueur au pays.

L'ACCAP a pour mission de servir ses sociétés membres dans les domaines où elles ont des intérêts, des préoccupations et des besoins communs. Dans l'exercice de son mandat, l'ACCAP s'assure de prendre en compte de façon équitable les divers points de vue et intérêts de ses membres et du public.

Période de survie

La période de survie est la période pendant laquelle la personne assurée doit survivre après l'établissement du diagnostic d'une maladie grave avant de pouvoir présenter une demande de règlement.

Spécialiste

Lorsque nous parlons d'un spécialiste, nous entendons un médecin qui détient un permis d'exercice et a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte pour laquelle la demande de règlement est présentée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité.

Vous et nous

Dans le présent document, « vous » désigne le propriétaire du contrat. « Nous » et « la compagnie » désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Des questions? Nous sommes là pour vous aider.

Demandez à votre conseiller de vous parler de la Sun Life dès aujourd'hui!

Pour obtenir plus de renseignements :

Rendez-vous sur [sunlife.ca](https://www.sunlife.ca) | Téléphonnez au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433)

Nous travaillons pour vous aider à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain.

