PAGE DES DONNÉES

NUMÉRO DE POLICE **001234580L**
TITULAIRE **JANE SMITH**
DATE DE LA POLICE **18 MARS 2020**

ASSURÉ(S) ET TABLEAU DES GARANTIES	PRIME/PAIEMENT ANNUEL(LE) INITIAL(E)	DATE D'ÉCHÉANCE OU D'EXPIRATION
ASSURÉ(E): JANE SMITH		
ÂGE TARIFÉ: **28** CATÉGORIE DE TAUX: **NON-FUMEUR**		
PROTECTION POUR MALADIES GRAVES		
Protection MG Plus 75 de l'Empire Vie sans participation	394,50 $	18 mars 2067
50 000 $ Capital assuré		
Remboursement de primes au rachat ou à l'échéance	157,50 $	18 mars 2067
Remboursement de primes au décès	14,00 $	18 mars 2067
50 000 $ Capital assuré total pour Jane Smith		

La présente police comprend les pages suivantes:
GP-NP-1, PPP-1, PPIC-1, PPNL-1, PPLI-1, PPRP-1, PPRD-1

Police émise par la société le 8 avril 2020

CONTRAT TYPE

TABLEAU DES PRIMES

NUMÉRO DE LA POLICE 001234580L

Les primes du présent tableau des primes s'appliquent à toutes les protections et comprennent les frais d'administration de la police.

DÉBUT	PRIME ANNNUELLE	DÉBITS PRÉAUTORISÉS MENSUELS
18 MARS 2020	566,00 $	50,95 $
18 MARS 2067	0,00 $	0,00 $

CONTRAT TYPE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DG1 Définitions

Voici les définitions de certains des principaux termes utilisés dans la présente police. Certains termes sont également définis dans d'autres sections de cette police.

L'"**âge tarifé atteint**" correspond en tout temps à l'âge tarifé augmenté du nombre d'années de police qui se sont écoulées depuis la date d'effet pour chaque protection.

La "**société**" s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

La "**protection**" s'entend de toute assurance vie, assurance en cas de maladies graves ou garantie complémentaire indiquée à la page des données la plus récente.

La "**prestation au décès"** s'entend de toute somme payable en vertu des dispositions du contrat si un assuré décède.

L'"**âge tarifé**" pour chaque protection figure à la page des données la plus récente. Il repose sur l'âge de l'assuré ou des assurés consigné dans la proposition et est assujetti à toute majoration imposée par l'appréciation des risques.

Le terme "**assuré**" s'entend de la personne dont la vie est assurée, comme l'indique la page des données la plus récente.

Les termes "**assuré ou assurés"** réfèrent à un assuré ou à tous les assurés.

Le "**titulaire**" s'entend de la personne ou des personnes qui détiennent la propriété du contrat et tous les droits, options et privilèges qui en découlent. Un titulaire peut également être un assuré. Si le contrat est détenu par plusieurs personnes, celles-ci seront des titulaires conjoints avec droits de survie, sauf au Québec. Au Québec, les titulaires conjoints qui souhaitent obtenir le même effet juridique que le droit de survie doivent désigner l'autre titulaire comme titulaire de police subrogé.

La ou les "**prime(s)**" s'entend du montant payable pour chaque protection ainsi que les frais d'administration de la police.

Le "**produit**" s'entend de toute somme payable par la société en vertu des dispositions du contrat.

Le "**capital assuré**" s'entend du montant assuré pour une protection, comme il est indiqué à la page des données la plus récente.

DG2 Le contrat

Le terme "**contrat**" inclut les dispositions énoncées dans cette police, dans la proposition d'origine pour cette police, dans toute demande ultérieure de modification ou de remise en vigueur du contrat et dans tout avenant, qui ensemble constituent l'intégralité de l'entente entre la société et le titulaire. Le titulaire et la société peuvent convenir de toute modification à apporter à une disposition de ce contrat, sous réserve de toute législation en vigueur. De plus, la société peut renoncer à une disposition du contrat ou en modifier une du moment que cela ne cause pas une réduction des droits du titulaire ou un accroissement des obligations de celui-ci en vertu du contrat. Toute modification ou renonciation à une disposition du contrat doit être faite par écrit et signée par un agent autorisé de la société pour être valide.

Le contrat est régi et administré en conformité avec la législation de la province ou du territoire du Canada dans lequel le titulaire signe la proposition pour cette police. Lorsque des titulaires conjoints signent la proposition pour cette police en des lieux différents, la province ou le territoire canadien où le premier titulaire signe la proposition déterminera les lois qui régissent le contrat.

Sauf au Québec, le contrat prendra effet seulement si :

1) la prime initiale est payée; et
2) aucune modification de l'assurabilité de l'assuré ou des assurés n'est survenue entre le moment où la proposition pour cette police a été remplie et la livraison de cette police; et
3) la police a été livrée au titulaire, à un agent ou à un cessionnaire du titulaire, ou au bénéficiaire.

Au Québec, le contrat prendra effet seulement si :

1) la prime initiale est payée; et
2) aucune modification de l'assurabilité de l'assuré ou des assurés n'est survenue entre le moment où la proposition pour ce contrat est remplie et la date à laquelle la société a approuvé la proposition sans modification.

CONTRAT TYPE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DG3 Incontestabilité

Si un titulaire ou un assuré omet de déclarer un fait déterminant pour une proposition originale ou fait une fausse déclaration dans la proposition pour ce contrat ou dans toute demande ultérieure de modification ou de remise en vigueur du contrat qui nécessite une preuve d'assurabilité, la société peut annuler le contrat.

Si un titulaire ou un assuré omet de déclarer un fait déterminant ou fait une fausse déclaration dans toute demande ultérieure de modification du contrat qui nécessite une preuve d'assurabilité, la société peut annuler seulement les protections visées par la modification du contrat.

La société ne peut pas annuler le contrat ou une protection visée par la modification du contrat, comme décrit ci-dessus, si le contrat ou la protection est en vigueur depuis au moins deux ans, à moins que l'une des conditions suivantes s'applique :

1) la non-divulgation d'un fait ou une fausse déclaration constitue une fraude; ou
2) la protection est une garantie d'exonération des primes; ou
3) la protection est une assurance en cas de maladies graves et une demande de règlement est présentée en raison de symptômes ou de problèmes médicaux qui sont apparus avant la fin de la période de deux ans et qui ont mené à un diagnostic ou à une chirurgie,

dans ce cas, il n'y a aucun délai pour l'annulation du contrat ou d'une protection.

La période de deux ans est calculée à partir de la plus tardive des dates suivantes :

1) le date d'effet du contrat; ou
2) la date d'effet de la protection visée par la modification du contrat; ou
3) la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat.

Sans restreindre les situations dans lesquelles une fausse déclaration ou une non-divulgation constitue une fraude, si la prime totale imputée pour ce contrat est fondée, en tout ou en partie, sur une déclaration faite dans la proposition pour cette police ou pour toute demande ultérieure de modification de la police ou de remise en vigueur relativement au non-usage du tabac ou de produits du tabac par l'assuré ou les assurés et qu'il s'agit d'une fausse déclaration, la déclaration sera considérée comme frauduleuse et ce contrat sera annulé.

Une erreur sur l'âge ou le sexe ne sera pas considérée comme une fausse déclaration aux fins du contrat.

DG4 Monnaie

Les paiements faits à la société ou effectués par celle-ci seront en dollars canadiens.

DG5 Primes

Le Tableau des primes indique la prime initiale totale exigible pour le contrat et les rajustements futurs de primes pour les protections qui ont des taux de prime garantis au renouvellement.

Les primes sont payables à l'avance. Les primes peuvent être versées par débits préautorisés mensuels ou selon tout autre mode accepté par la société.

Aucune prime ne sera exigible ou payable après la résiliation ou la libération du contrat conformément aux conditions de l'option de valeur libérée ou le privilège de police libérée, s'il y a lieu.

L'acceptation de tout paiement de prime effectué pour toute protection après la résiliation de cette protection en conformité avec ses dispositions n'impose aucune obligation à la société, et les primes seront remboursées au titulaire.

À moins d'être expressément indiqué dans les présentes dispositions générales, les primes ne sont pas remboursables, ni en totalité ni en partie.

DG6 Droit d'annulation

Le titulaire a 10 jours après avoir reçu le contrat pour changer d'idée au sujet de son achat. Il s'agit du droit d'annulation. Si le titulaire soumet une demande d'annulation du contrat, la société lui remboursera la prime initiale.

DG7 Délai de grâce

Pendant que le contrat est en vigueur, toute prime ou partie d'une prime qui n'est pas payée intégralement à sa date d'échéance est considérée comme une prime en souffrance. Un "**délai de grâce**" de 31 jours, après la date d'échéance d'une prime, est accordé pour le paiement de la prime en souffrance. Durant ce délai, le contrat demeurera en vigueur.

Si un assuré décède pendant le délai de grâce, un montant correspondant à toute prime en souffrance sera déduit du produit payable au décès de l'assuré.

CONTRAT TYPE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Si le contrat comprend une protection en cas de maladies graves pour un assuré et que l'assuré reçoit un diagnostic de maladie grave durant le délai de grâce, un montant égal à toute prime en souffrance sera déduit du produit payable en raison de la maladie grave.

Si une prime en souffrance reste impayée à la fin du délai de grâce, que le contrat inclut une protection qui accumule des valeurs de rachat et qu'une valeur de rachat est disponible, une avance d'office de la prime s'appliquera, comme il est décrit dans la disposition VR5 Avances d'office de la prime.

Si la société applique une avance d'office de la prime comme décrit ci-dessus, cela peut modifier la fréquence de paiement de la prime de mensuelle à annuelle.

Si la prime en souffrance reste impayée après que les mesures ci-dessus ont été prises, cette police expirera et cessera d'être en vigueur à compter de la date d'échéance de la prime en souffrance.

Si cette police expire, aucun produit ne sera payable et aucun privilège n'aura force exécutoire sauf si cela est précisé dans une disposition de la présente police, et ce, seulement dans les limites de la disposition et en conformité avec les conditions de la disposition.

DG8 Remise en vigueur

Si le contrat tombe en déchéance en raison du non-paiement des primes, comme il est décrit dans la disposition DG7 Délai de grâce, le titulaire peut faire une demande de remise en vigueur du contrat dans les deux ans suivant la date à laquelle il est tombé en déchéance et a cessé d'être en vigueur :

1) en payant à la société toutes les primes en souffrance et en remboursant toute dette envers la société au moment de la demande de remise en vigueur, plus les intérêts; et
2) en soumettant une preuve de bonne santé et autres preuves d'assurabilité pour l'assuré ou les assurés, à la satisfaction de la société.

La remise en vigueur prendra effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

1) la date à laquelle la société reçoit toutes les primes en souffrance et autre dette; et
2) la date à laquelle la société juge que les preuves de bonne santé et d'assurabilité soumises sont satisfaisantes.

DG9 Années et anniversaires de police

Si le contrat prend effet, la date d'effet de toute protection demandée dans la proposition originale pour le contrat est la date de la police indiquée sur la page des données. Cette date servira au calcul des années de police. Chaque anniversaire suivant la date de la police constituera un anniversaire de police pour cette (ces) protection(s).

La date d'effet pour toute protection demandée après la date de la police indiquée dans la page des données est la date indiquée par la société par écrit. Chaque anniversaire suivant la date d'effet de cette (ces) protection(s) constituera un anniversaire de police pour cette (ces) protection(s).

DG10 Dette

Le terme "**dette**" s'entend de toute dette contractée en tout temps envers la société en vertu de cette police et correspond au total de :

1) toute somme avancée, s'il y a lieu, par la société sur la garantie de cette police; plus
2) les intérêts sur 1); moins
3) le montant de tout remboursement de 1) ou de 2).

La société établit de temps à autre l'intérêt imputé sur la dette. L'intérêt payable sur la dette est composé annuellement.

Une dette constitue une charge de premier rang contre le contrat en faveur de la société et en priorité sur la demande de règlement de tout bénéficiaire, cessionnaire ou autre personne qui présente une demande de règlement, et sera déduite du produit.

Le remboursement, en tout ou en partie, de la dette peut être fait à la société en tout temps.

DG11 Suicide

En cas de suicide de l'assuré, que celui-ci soit sain d'esprit ou non, dans les deux ans suivant la date d'effet la plus tardive :

1) du contrat;
2) d'une protection pour cet assuré; ou

CONTRAT TYPE

3) de la dernière modification de la police pour laquelle une preuve d'assurabilité a été requise; ou
4) de la dernière remise en vigueur;

les seuls montants payables par la société sont la valeur de rachat, déterminée à la date du décès en conformité avec les dispositions relatives à la valeur de rachat, si le contrat inclut une protection qui accumule des valeurs de rachat et qu'une valeur de rachat est disponible.

DG12 Paiement d'un produit

Avant de payer tout produit, la société doit obtenir :

1) une preuve satisfaisante du droit du demandeur de recevoir un paiement;
2) une preuve satisfaisante de l'âge de l'assuré ou des assurés;
3) en ce qui concerne une prestation au décès, une preuve satisfaisante du décès et de la cause du décès de l'assuré;
4) tout autre renseignement que peut raisonnablement exiger la société afin d'établir la validité de la demande.

Une quittance valable de toutes les obligations en vertu du contrat sera également exigée lors du paiement de tout produit qui devient payable en vertu du contrat.

Toute action ou poursuite contre un assureur pour recouvrer des sommes payables en vertu d'un contrat d'assurance est absolument non avenue, à moins qu'elle n'ait été intentée pendant le délai prévu par la *Loi sur les assurances* (pour la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (Ontario) ou toute autre législation applicable (pour les autres provinces et territoires).

DG13 Options de règlement

Tout produit payable en vertu des dispositions du contrat sera payé par chèque, à moins que la personne en droit de recevoir le produit veuille l'utiliser pour souscrire une rente ou l'affecter à une autre option de règlement offerte au moment où le produit est payable. La société fournira le détail des options et des conditions qui leur sont applicables sur demande.

DG14 Âge et sexe

Si l'âge ou le sexe d'un assuré est erroné dans la proposition pour toute protection, le produit payable pour cette protection sera rajusté au montant qui aurait été payé pour l'âge ou le sexe exact en fonction de la prime qui est actuellement payée pour cette protection. Si, en fonction de l'âge correct, l'assuré n'aurait pas eu droit à la protection, celle-ci sera annulée et la société remboursera au titulaire toutes les primes versées pour cette protection.

DG15 Bénéficiaire de la prestation au décès

Le titulaire peut désigner, en ce qui concerne chaque assuré, une ou plusieurs personnes qui recevront la prestation payable au décès d'un assuré. Chaque personne désignée est un "**bénéficiaire**".

Le titulaire peut modifier ou révoquer la désignation de bénéficiaires, dans la mesure permise par la législation applicable, en signant une déclaration écrite qu'il soumet à la société. Si la désignation est irrévocable, elle ne peut être modifiée ou révoquée, et certains privilèges ne peuvent être exercés sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable. La société n'assume aucune responsabilité pour la validité ou la pertinence de toute désignation de bénéficiaires.

Advenant des décès simultanés, si la société ne peut déterminer qui de l'assuré ou du bénéficiaire est décédé le premier, le bénéficiaire sera réputé être décédé le premier.

Le titulaire peut désigner des premiers bénéficiaires et des bénéficiaires subsidiaires. Si un premier bénéficiaire décède avant l'assuré, la part de ce premier bénéficiaire sera divisée également parmi les premiers bénéficiaires survivants au décès de l'assuré. Un bénéficiaire subsidiaire deviendra un bénéficiaire seulement si tous les premiers bénéficiaires sont décédés avant l'assuré, à moins d'indication contraire du titulaire.

Si aucun bénéficiaire n'a été désigné ou qu'aucun bénéficiaire désigné ne survit à l'assuré, le titulaire deviendra le bénéficiaire, sauf s'il est l'assuré décédé, auquel cas le bénéficiaire sera la succession du titulaire.

DG16 Contrôle de la police

Sous réserve de la législation régissant le contrat et des droits de tout bénéficiaire, le titulaire peut :

1) exercer tous les droits, options et privilèges qui lui sont conférés par le contrat ou accordés par la société; et/ou
2) céder le contrat.

CONTRAT TYPE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le titulaire peut désigner un titulaire subsidiaire ou un titulaire subrogé (au Québec seulement) pour le contrat. Si le titulaire décède et que le contrat demeure en vigueur parce que le titulaire n'est pas le seul assuré, le titulaire subsidiaire ou le titulaire subrogé aura tous les droits, options et privilèges du titulaire. Si aucun titulaire subsidiaire ou titulaire subrogé n'est désigné, tous les droits, options et privilèges du titulaire seront attribués à l'assuré ou aux assurés en vertu de cette police.

DG17 Cession

La société ne sera liée par aucune cession du contrat, sauf si elle est faite par écrit et déposée auprès de la société. La société n'assume aucune responsabilité en ce qui concerne la validité ou la pertinence d'une cession du contrat.

DG18 Fin d'une protection

Une protection prend fin :

1) à la date du paiement du capital assuré pour cette protection; ou
2) lorsque la société reçoit la demande écrite du titulaire de mettre fin à la protection; ou
3) à la date d'expiration de la protection, comme indiquée à la page des données la plus récente; ou
4) lorsque le contrat prend fin,

selon la première éventualité à survenir.

DG19 Fin du contrat

Le contrat prend fin :

1) si toutes les protections ont pris fin; ou
2) à la suite du non-paiement des primes, tel que défini à la disposition DG7 Délai de grâce; ou
3) dès que la dette dépasse la valeur de rachat; ou
4) lorsque la société reçoit la demande écrite du titulaire d'annuler le contrat,

selon la première éventualité à survenir.

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX MALADIES GRAVES

Les présentes dispositions relatives aux maladies graves de la Protection MG Plus de l'Empire Vie s'appliquent uniquement aux protections identifiées en tant que Protection MG Plus de l'Empire Vie à la page des données la plus récente. Si un conflit existe entre une disposition relative aux maladies graves de la Protection MG Plus de l'Empire Vie et une disposition générale, la disposition relative aux maladies graves de la Protection MG Plus de l'Empire Vie s'appliquera.

PPMG1 Définitions

Ces définitions s'appliquent à toutes les dispositions du contrat pour ce qui est des protections d'assurance en cas de maladies graves Protection MG Plus de l'Empire Vie.

Le terme **"protection au titre de la Protection MG Plus"** s'entend d'une protection d'assurance en cas de maladies graves Protection MG Plus de l'Empire Vie, comme il est indiqué à la page des données la plus récente.

Le terme **"maladie grave"** s'entend d'une condition assurée définie à la page des conditions assurées en tant que maladies graves de la Protection MG Plus de l'Empire Vie.

Le terme **"prestation pour une maladie grave"** s'entend du capital assuré d'une protection au titre de la Protection MG Plus, comme il est indiqué à la page des données la plus récente.

Le terme **"diagnostic"** s'entend de la détermination, conformément à la disposition PPMG2 Exigences pour établir un diagnostic, que l'assuré répond à toutes les exigences relatives à la maladie grave pour laquelle une prestation pour une maladie grave est demandée, comme il est décrit dans les conditions assurées en tant que maladies graves de la Protection MG Plus de l'Empire Vie, ou à toutes les exigences relatives à la maladie ne menaçant pas la vie pour laquelle une prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie est demandée, comme il est décrit dans les dispositions relatives aux maladies ne menaçant pas la vie de la Protection MG Plus de l'Empire Vie. Le terme **"diagnostiqué"** revêt un sens correspondant.

Le terme **"assuré"** s'entend de la personne définie comme telle pour une protection au titre de la Protection MG Plus de l'Empire Vie, comme il est indiqué à la page des données la plus récente.

Le terme **"médecin"** s'entend d'un médecin praticien ayant un permis de pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis ou à tout autre endroit approuvé par la société. Un médecin doit être une personne autre que le titulaire, l'assuré, un membre de la famille ou un associé d'affaires du titulaire ou de l'assuré.

Le terme **"spécialiste"** s'entend d'un médecin qui possède une formation médicale spécialisée sur la maladie grave pour laquelle une prestation pour une maladie grave ou une prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie est demandée et dont la compétence a été reconnue par un comité d'examen de spécialité, ou en l'absence ou la non-disponibilité d'un spécialiste, d'un médecin qualifié et approuvé par la société. Le terme "spécialiste" comprend, sans toutefois s'y limiter, un cardiologue, un neurologue, un néphrologue, un oncologue, un ophtalmologiste, un spécialiste des grands brûlés et un interniste.

Le terme **"période d'attente"** s'entend de trente (30) jours à compter de la date du diagnostic ou d'une période définie précisée pour une maladie grave ou une maladie ne menaçant pas la vie, selon la période la plus longue.

PPMG2 Exigences pour établir un diagnostic

Seul un spécialiste peut poser un diagnostic. Tous les tests ou examens nécessaires au spécialiste pour poser un diagnostic doivent être effectués par un professionnel de la santé qui n'est ni le titulaire, ni l'assuré, ni un membre de la famille ou un associé du titulaire ou de l'assuré. Le diagnostic doit être basé sur un évènement spécifique ayant lieu après la date la plus tardive entre :

1) la date d'effet de la protection au titre de la Protection MG Plus; ou

2) la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la protection au titre de la Protection MG Plus; ou

3) une période définie précisée pour une maladie grave.

PPMG3 Paiement de la prestation pour une maladie grave

Sous réserve des dispositions PPMG5 Exclusions et PPMG6 Preuve de demande de prestation, si un assuré se voit diagnostiquer une maladie grave et qu'il vit au-delà de la période d'attente, la société versera la prestation pour une maladie grave de l'assuré au titulaire ou, s'il y a lieu, au bénéficiaire, à condition que la protection au titre de la

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX MALADIES GRAVES

Protection MG Plus soit en vigueur à la date du diagnostic et lors de l'approbation de la demande de règlement. Les primes qui sont exigibles et payables en vertu d'une protection au titre de la Protection MG Plus doivent continuer d'être payées pendant l'évaluation d'une demande de prestation pour une maladie grave. Si la demande de prestation pour une maladie grave est approuvée, toutes les primes qui ont été payées pour la protection au titre de la Protection MG Plus après la date du diagnostic seront remboursées au titulaire.

La société versera la prestation pour une maladie grave d'un assuré uniquement à la première demande de prestation qu'elle juge valide. Le versement de la prestation pour une maladie grave aura pour effet de mettre fin à la protection au titre de la Protection MG Plus de l'assuré à compter de la date du diagnostic.

PPMG4 Imposition

Aux fins de l'impôt sur le revenu, l'Empire Vie déclarera toute prestation pour une maladie grave, toute prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie, tout remboursement de primes au rachat ou à l'échéance ou tout remboursement de primes au décès selon sa compréhension de la législation fiscale applicable au moment du paiement de cette prestation.

Peu importe la façon dont l'Empire Vie déclare une prestation pour une maladie grave, une prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie, un remboursement de primes au rachat ou à l'échéance ou un remboursement de primes au décès, il incombe au titulaire et/ou au bénéficiaire de déclarer et de verser tout impôt relatif au paiement de la prestation, incluant toute obligation fiscale qui résulte d'une modification apportée à la législation ou de toute interprétation, politique, pratique ou procédure de l'Agence du revenu du Canada.

PPMG5 Exclusions

Aucune prestation pour une maladie grave ou pour une maladie ne menaçant pas la vie ne sera versée si la maladie faisant l'objet de la demande de prestation résulte directement ou indirectement de l'une ou de plusieurs des causes suivantes :

1) une blessure que l'assuré s'inflige, qu'il soit sain d'esprit ou non;
2) l'usage illégal de drogues ou de substances, l'usage impropre d'un médicament obtenu avec ou sans ordonnance ou l'abus d'alcool;
3) toute violation, ou tentative de violation, des lois pénales par l'assuré.

Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable pour :

1) toute maladie, condition, chirurgie ou tout trouble qui ne sont pas spécifiquement définis en tant que maladie grave dans les conditions assurées en tant que maladies graves de la Protection MG Plus de l'Empire Vie;
2) toute maladie grave diagnostiquée avant la date d'effet de la protection au titre de la Protection MG Plus; ou
3) toute maladie, condition, chirurgie ou tout trouble qui sont spécifiquement exclus en tant que maladie grave.

Aucune prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie ne sera payable pour :

1) toute maladie, condition, chirurgie ou tout trouble qui ne sont pas spécifiquement définis en tant que maladie ne menaçant pas la vie dans les conditions assurées en tant que maladies ne menaçant pas la vie de la Protection MG Plus de l'Empire Vie;
2) toute maladie ne menaçant pas la vie diagnostiquée avant la date d'effet de la protection au titre de la Protection MG Plus; ou
3) toute maladie, condition, chirurgie ou tout trouble qui sont spécifiquement exclus en tant que maladie ne menaçant pas la vie.

PPMG6 Preuve de demande de prestation

La société doit recevoir à son siège social un avis initial écrit de la demande de prestation pour une maladie grave ou une maladie ne menaçant pas la vie dans les six (6) mois qui suivent la date du diagnostic de la maladie faisant l'objet de la demande de prestation.

Avant de verser la prestation pour une maladie grave ou une maladie ne menaçant pas la vie d'un assuré, la société exigera :

CONTRAT TYPE

1) que le demandeur fournisse une preuve suffisante de son droit de recevoir une telle prestation;

2) que le demandeur fournisse une preuve satisfaisante que l'assuré a reçu un diagnostic de la maladie grave ou de la maladie ne menaçant pas la vie faisant l'objet d'une demande de prestation. La société a le droit d'exiger que l'assuré se soumette à des tests additionnels et/ou aux examens nécessaires à la confirmation du diagnostic. Ces tests et/ou examens peuvent comprendre notamment que l'assuré soit examiné par un médecin ou un spécialiste que la société aura désigné; et

3) toute autre information que la société pourrait exiger de manière raisonnable afin de confirmer la validité de la demande de prestation.

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
CONDITIONS ASSURÉES EN TANT QUE MALADIES GRAVES

Sous réserve de la disposition PPMG3, la société versera la prestation pour une maladie grave de l'assuré au diagnostic de l'une des conditions assurées suivantes :

1) **"chirurgie de l'aorte"** s'entend de l'intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste et doit être réalisée par un spécialiste.

   Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable dans les cas suivants :

   a) une angioplastie;

   b) une intervention chirurgicale intra-artérielle;

   c) une intervention chirurgicale transcathéter percutanée; ou

   d) une intervention non chirurgicale.

2) **"anémie aplastique"** s'entend du diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance 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 :

   a) stimulation de la moelle osseuse;

   b) immunosuppresseurs;

   c) greffe de moelle osseuse.

3) **"méningite purulente"** s'entend du diagnostic formel 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 d'établissement du diagnostic.

   Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable pour une méningite virale.

4) **"tumeur cérébrale bénigne"** s'entend d'un 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 des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

   Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, si cette date est postérieure, l'assuré :

   a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis 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

   b) a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

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

   Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

5) **"cécité"** s'entend d'un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

   a) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou

CONTRAT TYPE

b) un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

6) **"cancer (mettant la vie en danger)"** s'entend du diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable dans les cas suivants :

a) lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, un carcinome *in situ* (Tis) ou des tumeurs au stade Ta;

b) cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;

c) tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;

d) cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;

e) cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;

f) leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai; ou

g) tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et des tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Aucune prestation pour une maladie grave pour cette condition assurée ne sera payable si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de la protection au titre de la Protection MG Plus ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la protection au titre de la Protection MG Plus, si cette date est postérieure, l'assuré :

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

b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

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

Aux fins de ce 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 de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7^{e} édition, 2010.

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).

7) **"coma"** s'entend du 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 quatre ou moins pendant cette période.

Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable dans les cas suivants :

a) le coma a été médicalement provoqué; ou

b) le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou

c) un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

CONTRAT TYPE

8) **"pontage aortocoronarien"** s'entend d'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 et doit être réalisée par un spécialiste.

   Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable dans les cas suivants :

   a) une angioplastie;

   b) une intervention chirurgicale intra-artérielle;

   c) une intervention chirurgicale transcathéter percutanée; ou

   d) une intervention non chirurgicale

9) **"surdité"** s'entend du 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.

10) **"démence, y compris maladie d'Alzheimer"**, s'entend d'un diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

   a) aphasie (un trouble de la parole);

   b) apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);

   c) agnosie (difficulté à reconnaître des objets); ou

   d) 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.

   L'assuré doit présenter :

   a) 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

   b) des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs, soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

   Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable en cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou de délire.

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

11) **"crise cardiaque"** s'entend du diagnostic formel de la mort d'une partie 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 du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

   a) symptômes de crise cardiaque;

   b) changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;

   c) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

   Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable dans les cas suivants :

   a) changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme "crise cardiaque" ci-dessus;

CONTRAT TYPE

b) 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.

12) **"remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque"** s'entend d'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 et doit être réalisée par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable dans les cas suivants :

a) une angioplastie;

b) une intervention chirurgicale intra-artérielle;

c) une intervention chirurgicale transcathéter percutanée; ou

d) une intervention non chirurgicale.

13) **"insuffisance rénale"** s'entend d'un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

14) **"perte d'autonomie"** s'entend du diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

a) 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;

b) 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;

c) 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;

d) 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;

e) 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; et

f) se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préalablement préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

15) **"perte de membres"** s'entend du 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.

16) **"perte de l'usage de la parole"** s'entend du 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.

Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable pour toute cause psychiatrique.

17) **"défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe"** s'entend du diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, 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 exigible au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie,

CONTRAT TYPE

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

18) **"greffe d'un organe vital"** s'entend d'une intervention chirurgicale rendue médicament nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, 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 », l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

19) **"maladie du motoneurone"** s'entend d'un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement :

a) sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig),

b) sclérose latérale primitive,

c) atrophie musculaire progressive,

d) paralysie bulbaire progressive, ou

e) paralysie pseudo-bulbaire.

20) **"sclérose en plaques"** s'entend d'un diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :

a) au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou

b) anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou

c) 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.

21) **"infection au VIH contractée au travail"** s'entend du diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police si cette date est postérieure.

La prestation ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

a) la blessure accidentelle doit être signalée à la société dans les 14 jours suivant cette blessure;

b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;

c) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;

d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;

e) la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée, conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable dans les cas suivants :

a) l'assuré a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH; ou

b) un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou

c) l'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

CONTRAT TYPE

22) **"paralysie"** s'entend du diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux 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.

23) **"maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques"** s'entend du 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 ou tremblement au repos. L'assuré 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.

Un syndrome parkinsonien atypique s'entend du diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable pour la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, si, dans l'année suivant la date d'effet de la police ou la date de la dernière remise en vigueur de la police, si cette date est postérieure, l'assuré :

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

b) a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

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

Aucune prestation pour maladie grave ne sera payable pour tout autre type de parkinsonisme.

24) **"brûlures graves"** s'entend d'un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

25) **"accident vasculaire cérébral"** s'entend du diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

a) apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;

b) nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusion : Aucune prestation pour une maladie grave ne sera payable dans les cas suivants :

a) accident ischémique transitoire; ou

b) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou

c) infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme "accident vasculaire cérébral" ci-dessus.

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
MALADIES NE MENAÇANT PAS LA VIE

Les présentes dispositions relatives aux maladies ne menaçant pas la vie de la Protection MG Plus de l'Empire Vie s'appliquent uniquement aux protections identifiées en tant que Protection MG Plus de l'Empire Vie à la page des données la plus récente. Si un conflit existe entre une disposition relative aux maladies ne menaçant pas la vie de la Protection MG Plus de l'Empire Vie et une disposition générale, la disposition relative aux maladies ne menaçant pas la vie de la Protection MG Plus de l'Empire Vie s'appliquera.

MNMV1 Définitions

La "**prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie"** pour l'assuré correspond à un montant représentant 15 % du capital assuré de la Protection MG Plus de l'Empire Vie de l'assuré.

Le **"montant d'indemnisation maximal"** est de 50 000 $ au total pour toutes les prestations pour une maladie ne menaçant pas la vie pour l'assuré qui sont payables pour une protection au titre de la Protection MG Plus de l'Empire Vie.

MNMV2 Prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie

Sous réserve des dispositions PPMG5 Exclusions et PPMG6 Preuve de demande de prestation, si un assuré reçoit un diagnostic de maladie ne menaçant pas la vie, la société versera au titulaire ou, s'il y a lieu, au bénéficiaire, la prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie pour l'assuré, jusqu'à concurrence du montant d'indemnisation maximal, pourvu que :

1) la protection au titre de la prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie pour l'assuré soit en vigueur à la date d'établissement du diagnostic et au moment où la demande de règlement est approuvée; et
2) l'assuré survive au-delà de la période d'attente; et
3) une prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie pour l'assuré n'ait pas déjà été versée pour la même maladie ne menaçant pas la vie.

Pour chaque protection au titre de la Protection MG Plus de l'Empire Vie pour un assuré, la société versera un maximum de deux (2) prestations pour une maladie ne menaçant pas la vue pour l'assuré jusqu'à concurrence du montant d'indemnisation maximal, pourvu que les demandes de règlement concernent deux maladies ne menaçant pas la vie différentes.

MNMV3 Maladie ne menaçant pas la vie

Une **"maladie ne menaçant pas la vie"** s'entend de l'une des conditions assurées suivantes :

1) **"leucémie lymphoïde chronique"** s'entend d'un diagnostic formel de leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai. Les analyses sanguines pertinentes doivent appuyer le diagnostic. 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, 1 975).

   Exclusion : Aucune prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie ne sera payable pour une lymphocytose monoclonale de signification indéterminée.

2) **"angioplastie coronarienne"** s'entend d'une intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste et doit être réalisée par un spécialiste.

3) **"cancer canalaire in situ du sein"** s'entend du diagnostic formel de carcinome canalaire in situ du sein. Une biopsie doit appuyer le diagnostic.

4) **"mélanome malin"** s'entend d'un diagnostic formel de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases. Une biopsie doit appuyer le diagnostic.

   Exclusion : Aucune prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie ne sera payable pour un mélanome malin in situ.

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX
MALADIES NE MENAÇANT PAS LA VIE

5) **"cancer de la prostate"** s'entend du diagnostic formel d'un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) sans nœuds lymphoïdes ni métastases. Une biopsie doit appuyer le diagnostic.

6) **"cancer de la thyroïde"** s'entend d'un diagnostic formel de carcinome papillaire ou folliculaire de la thyroïde, ou des deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases. Une biopsie doit appuyer le diagnostic.

MNMV4 Exclusion au titre des maladies ne menaçant pas la vie

En plus des exclusions prévues à la disposition PPMG5 Exclusions, aucune prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie n'est payable pour un assuré dans le cas de tout cancer lié à une maladie ne menaçant pas la vie si, dans les 90 jours qui suivent la date d'effet de la protection au titre de la Protection en cas de maladies graves de l'Empire Vie ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la protection au titre de la Protection en cas de maladies graves de l'Empire Vie, si cette date est postérieure, l'assuré :

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

2) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou on au titre du contrat).

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

MNMV5 Fin de la protection

La protection au titre de la prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie pour un assuré prend fin :

1) au versement d'une deuxième prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie pour l'assuré; ou

2) au versement d'une prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie pour l'assuré d'un montant égal au montant d'indemnisation maximal; ou

3) lorsque prend fin la protection au titre de la Protection MG Plus de l'Empire Vie pour l'assuré,

selon la première éventualité à survenir.

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIE

Les présentes dispositions relatives à l'assurance vie de la Protection MG Plus de l'Empire Vie s'appliquent uniquement aux protections identifiées en tant que Protection MG Plus de l'Empire Vie à la page des données la plus récente (ci-après "**protection au titre de la Protection MG Plus**").

Chaque protection au titre de la Protection MG Plus comprend une protection d'assurance vie qui prend fin en même temps que la protection au titre de la Protection MG Plus. Le titulaire ne peut pas résilier uniquement la protection d'assurance vie ou la protection en cas de maladies graves d'un assuré d'une protection au titre de la Protection MG Plus.

AV1 Capital assuré de l'assurance vie de la Protection MG Plus

Le capital assuré de l'assurance vie de la Protection MG Plus d'un assuré est établi à 1 000 $ et est garanti jusqu'à la première des dates qui survient entre la date à laquelle la protection au titre de la Protection MG Plus prend fin et la date à laquelle l'assuré devient admissible à la prestation pour une maladie grave (comme il est décrit dans les dispositions relatives aux maladies graves de la Protection MG Plus de l'Empire Vie).

AV2 Prestation au décès de Protection MG Plus

Si l'assuré d'une protection au titre de la Protection MG Plus décède avant de devenir admissible à la prestation pour une maladie grave, la société versera le capital assuré de l'assurance vie de la Protection MG Plus décrit ci-dessus dans le cadre du produit de cette police, pourvu que la protection au titre de la Protection MG Plus soit en vigueur à la date du décès.

Le versement de la prestation de décès de la Protection MG Plus aura pour effet de mettre fin à la protection au titre de la Protection MG Plus de l'assuré à compter de la date du décès.

AV3 Suicide

La prestation de décès de la Protection MG Plus ne sera pas payable si l'assuré d'une protection au titre de la Protection MG se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, dans les deux années qui suivent la date d'effet de :

1) la police; ou

2) la dernière modification de la police pour laquelle une preuve d'assurabilité a été requise; ou

3) la dernière remise en vigueur;

selon l'évènement qui survient en dernier.

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
DISPOSITIONS RELATIVES AU REMBOURSEMENT DE PRIMES AU RACHAT OU À L'ÉCHÉANCE

Les présentes dispositions s'appliquent uniquement aux protections appelées Protection MG Plus (ci-après la **"protection"**) de l'Empire Vie, qui comprennent la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance, comme indiqué sur la page des données la plus récente. Si un conflit existe entre une disposition relative au remboursement de primes au rachat ou à l'échéance de la Protection MG Plus de l'Empire Vie et une disposition générale, la disposition relative au remboursement de primes au rachat ou à l'échéance de la Protection MG Plus de l'Empire Vie s'appliquera. Selon ces dispositions relatives au remboursement de primes au rachat ou à l'échéance de la Protection MG Plus de l'Empire Vie, **"montant de remboursement de primes"** s'entend du montant de remboursement de primes pour la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance, comme il est décrit dans la disposition RP2.

RP1 Définition

Sous réserve de la disposition RP3 Réduction du capital assuré, le terme **"primes payées"** s'entend, pour l'assuré, des primes payées pour :

1) la protection, y compris les frais de police versés si la protection est la première protection indiquée à la page des données à l'établissement de la police;
2) la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance y étant associée; et
3) la garantie de remboursement de primes au décès y étant associée si elle a été achetée et est en vigueur au moment du versement du montant de remboursement de primes.

Si la protection qui inclut la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance a été établie dans le cadre du droit de transformation d'une protection au titre de la Protection MG Plus de l'Empire Vie qui incluait la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance, les primes versées pour la protection ayant été transformée seront incluses dans les primes payées.

Les primes payées pour toute protection additionnelle d'assurance vie ou en cas de maladies graves, toute garantie complémentaire, ou toute surprime pour l'assuré ou tout autre assuré seront exclues du calcul du montant de remboursement de primes.

RP2 Montant de remboursement de primes

Le montant de remboursement de primes pour une protection incluant la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance correspond à un pourcentage des primes payées. Le pourcentage est fonction de l'âge tarifé atteint de l'assuré, comme il est indiqué dans le tableau ci-dessous.

Âge tarifé atteint de l'assuré	Pourcentage des primes payées
60 à 64 ans	70 %
65 à 69 ans	80 %
70 à 74 ans	90 %
75 ans	100 %

La société versera le montant de remboursement de primes au titulaire ou, s'il y a lieu, au bénéficiaire, si la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance de l'assuré est en vigueur; et

1) que le titulaire soumet une demande écrite de rachat au siège social de la société à tout moment après la plus tardive des éventualités suivantes :
   a) l'âge tarifé atteint de 60 ans de l'assuré; ou

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
DISPOSITIONS RELATIVES AU REMBOURSEMENT DE PRIMES AU RACHAT OU À L'ÉCHÉANCE

b) le 15e anniversaire de police de la protection de l'assuré, pourvu qu'aucune demande de prestation pour une maladie grave ou de prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie pour l'assuré ne soit en suspens à la date de réception de la demande de remboursement de primes; ou

2) que la protection a atteint la date d'expiration de la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance pour l'assuré, comme il est indiqué à la page des données la plus récente.

Si la protection qui inclut la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance a été établie dans le cadre du droit de transformation, le 15e anniversaire de police indiqué au numéro 1) b) ci-dessus concerne cette protection, et non la protection faisant l'objet de la transformation et qui est donc résiliée.

Le versement du montant de remboursement de primes met fin à la protection de l'assuré, sauf lorsqu'un paiement partiel de remboursement de primes est effectué conformément à la disposition RP3 Réduction du capital assuré.

La garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance prendra fin à la résiliation de la protection.

RP3 Réduction du capital assuré

Si le capital assuré de la protection est réduit à tout moment, les primes payées qui servent à déterminer le montant de remboursement de primes seront ajustées pour refléter les primes qui auraient été payées si le capital assuré de la protection avait toujours été le montant réduit.

Si le capital assuré de la protection est réduit après l'âge tarifé atteint de 60 ans de l'assuré ou le 15e anniversaire de la protection, selon la dernière éventualité, un remboursement de primes partiel sera automatiquement versé au titulaire ou, s'il y a lieu, au bénéficiaire. Le remboursement de primes partiel sera basé sur les primes payées jusqu'à la date de prise d'effet de la réduction du capital assuré et reflètera uniquement les primes attribuables au montant de réduction du capital assuré pour la protection.

CONTRAT TYPE

PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE
DISPOSITIONS RELATIVES AU REMBOURSEMENT DE PRIMES AU DÉCÈS

Les présentes dispositions s'appliquent uniquement aux protections appelées Protection MG Plus (ci-après la **"protection"**) de l'Empire Vie, qui comprennent la garantie de remboursement de primes au décès, comme indiqué sur la page des données la plus récente. Si un conflit existe entre une disposition relative au remboursement de primes au décès de la Protection MG Plus de l'Empire Vie et une disposition générale, la disposition relative au remboursement de primes au décès de la Protection MG Plus de l'Empire Vie s'appliquera. Selon ces dispositions relatives au remboursement de primes au décès de la Protection MG Plus de l'Empire Vie, "**montant de remboursement de primes**" s'entend du montant de remboursement de primes pour la garantie de remboursement de primes au décès, comme il est décrit dans la disposition RPD2.

RPD1 Définition

Sous réserve de la disposition RPD3 Réduction du capital assuré, le terme **"primes payées"** s'entend, pour l'assuré, des primes payées pour :

1) la protection, y compris les frais de police versés si la protection est la première protection indiquée à la page des données à l'établissement de la police;
2) la garantie de remboursement de primes au décès y étant associée; et
3) la garantie de remboursement de primes au rachat ou à l'échéance y étant associée si elle a été achetée et est en vigueur au décès de l'assuré.

Si la protection qui inclut la garantie de remboursement de primes au décès a été établie dans le cadre du droit de transformation d'une protection au titre de la Protection MG Plus de l'Empire Vie qui incluait la garantie de remboursement de primes au décès, les primes versées pour la protection ayant été transformée seront incluses dans les primes payées.

Les primes payées pour toute protection additionnelle d'assurance vie ou en cas de maladies graves, toute garantie complémentaire, ou toute surprime pour l'assuré ou tout autre assuré seront exclues du calcul du montant de remboursement de primes.

RPD2 Montant de remboursement de primes

Le montant de remboursement de primes pour une protection incluant la garantie de remboursement de primes au décès correspond à un montant égal aux primes payées.

Sous réserve de la disposition DG12 Paiement du produit, la société versera le montant de remboursement de primes au titulaire ou, s'il y a lieu, au bénéficiaire, au décès de l'assuré si :

1) la garantie de remboursement de primes au décès de l'assuré est en vigueur à la date du décès; et
2) aucune demande de prestation pour une maladie grave ou de prestation pour une maladie ne menaçant pas la vie pour l'assuré ne soit en suspens à la date du décès.

Le versement du montant de remboursement de primes met fin à la protection de l'assuré.

La garantie de remboursement de primes au décès prendra fin à la résiliation de la protection.

RPD3 Réduction du capital assuré

Si le capital assuré de la protection est réduit, les primes payées qui servent à déterminer le montant de remboursement de primes seront ajustées pour refléter les primes qui auraient été payées si le capital assuré de la protection avait toujours été le montant réduit.

CONTRAT TYPE