PROTECTION MG PLUS DE L'EMPIRE VIE[MD]

Une solution complète d'assurance en cas de maladies graves pour vous aider à protéger votre style de vie

GUIDE DES DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES ASSURÉES

Assurance et placements
Avec simplicité, rapidité et facilité[MD]

Empire Vie[MD]

Aidez vos clients à protéger le bien-être financier de leur famille ou de leur entreprise grâce à la Protection MG Plus de l'Empire Vie[MD].

Caractéristiques des régimes Protection MG Plus 10, Protection MG Plus 20, Protection MG Plus 75 et Protection MG Plus 100 15 primes : NOUVEAU

- **Une protection en cas de maladies graves exhaustive** qui couvre 25 maladies graves
- **Une protection accrue** grâce à trois garanties intégrées sans prime additionnelle
- **Une solution personnalisée** grâce à six avenants et garanties facultatives pour créer une solution sur mesure
- **Option de remboursement de primes** grâce à deux avenants facultatifs de remboursement de primes

À propos de ce guide

Nous avons conçu ce guide pour fournir plus de détails sur les maladies graves assurées en vertu du contrat Protection MG Plus et de l'avenant Protection maladies graves pour enfants de l'Empire Vie. Ce guide en dresse les dispositions et les conditions. Il doit être utilisé à titre d'information générale seulement et ne remplace pas les dispositions du contrat Protection MG Plus et de l'avenant Protection maladies graves pour enfants de l'Empire Vie.

Veuillez revoir le contrat attentivement

Les dispositions relatives aux maladies graves et aux conditions assurées incluses dans la Protection MG Plus et l'avenant Protection maladies graves pour enfants de l'Empire Vie exposent les conditions et les définitions servant à déterminer la validité d'une demande de prestation pour une maladie grave. Une maladie ou une condition n'est pas couverte et aucune prestation pour une maladie grave ne sera versée si la maladie ou la condition ne figure pas dans les dispositions relatives aux maladies graves et conditions assurées ou que la maladie ou la condition ne répond pas aux critères indiqués dans le contrat.

Table des matières

Maladies assurées au titre de la Protection MG Plus de l'Empire Vie 4
- Chirurgie de l'aorte 4
- Anémie aplastique 4
- Méningite purulente 5
- Tumeur cérébrale bénigne 5
- Cécité 6
- Cancer (mettant la vie en danger) 6
- Coma 8
- Pontage aortocoronarien 8
- Surdité 9
- Démence, y compris maladie d'Alzheimer 9
- Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque 10
- Insuffisance rénale 11
- Perte d'autonomie 11
- Perte de membres 12
- Perte de l'usage de la parole 12
- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe 12
- Greffe d'un organe vital 13
- Maladie du motoneurone 13
- Sclérose en plaques 13
- Paralysie 15
- Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques 15
- Brûlures graves 16
- Accident vasculaire cérébral 16

Maladies assurées au titre de la garantie en cas de maladie ne menaçant pas la vie 17
- Leucémie lymphoïde chronique à un stade précoce 17
- Angioplastie coronarienne 17
- Cancer canalaire in situ du sein 17
- Mélanome malin 18
- Cancer de la prostate 18
- Cancer de la thyroïde 18

Maladies assurées au titre de la Protection maladies graves pour enfants 19
- Autisme 19
- Tumeur cérébrale bénigne 19
- Cécité 20
- Paralysie cérébrale 20
- Fibrose kystique 20
- Surdité 20
- Syndrome de Down (trisomie 21) 21
- Insuffisance d'un organe vital nécessitant une greffe 21
- Cancer menaçant la vie 21
- Dystrophie musculaire 22
- Paralysie 22
- Insuffisance rénale 23
- Anomalies congénitales spécifiques 23
- Greffe d'un organe vital 23
- Diabète de type 1 23

Maladies assurées au titre de la Protection MG Plus de l'Empire Vie

Chirurgie de l'aorte

Le terme « 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.

Anémie aplastique

Le terme « 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.

Méningite purulente

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

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

Tumeur cérébrale bénigne

Le terme « 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.

Cécité

Le terme « 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

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

Cancer (mettant la vie en danger)

Le terme « 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) des 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) un 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) un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;

e) un cancer de la thyroïde papillaire ou un 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) une leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai; ou

g) des 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 ne sera payable pour cette condition assurée 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), 7e 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).

Coma

Le terme « 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.

Pontage aortocoronarien

Le terme « 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.

Surdité

Le terme « 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.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer

Le terme « 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.

Crise cardiaque

Le terme « 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) des symptômes de crise cardiaque;

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

c) une 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) 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;

b) changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Le terme « 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. Dans ce cas, elle 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.

Insuffisance rénale

Le terme « 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.

Perte d'autonomie

Le terme « 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.

Perte de membres

Le terme « 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.

Perte de l'usage de la parole

Le terme « 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.

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

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

Greffe d'un organe vital

Le terme « 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.

Maladie du motoneurone

Le terme « 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.

Sclérose en plaques

Le terme « 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.

Infection au VIH contractée au travail

Le terme « 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.

Paralysie

Le terme « 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.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

Le terme « 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 de 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.

Exclusions : 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 une maladie grave ne sera payable pour tout autre type de parkinsonisme.

Brûlures graves

Le terme « brûlures graves » s'entend d'un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

Accident vasculaire cérébral

Le terme « 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) un accident ischémique transitoire; ou

b) un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou

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

Maladies assurées au titre de la garantie en cas de maladie ne menaçant pas la vie

Leucémie lymphoïde chronique à un stade précoce

Le terme « 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 de la définition des maladies ne menaçant pas la vie, 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).

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

Angioplastie coronarienne

Le terme « 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.

Cancer canalaire in situ du sein

Le terme « cancer canalaire in situ du sein » s'entend du diagnostic formel de carcinome canalaire in situ du sein. Une biopsie doit appuyer le diagnostic.

Mélanome malin

Le terme « 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 à distance. 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.

Cancer de la prostate

Le terme « 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.

Cancer de la thyroïde

Le terme « cancer de la thyroïde » s'entend d'un diagnostic formel de carcinome papillaire ou folliculaire de la thyroïde, 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. Une biopsie doit appuyer le diagnostic.

Maladies assurées au titre de la Protection maladies graves pour enfants

Les conditions/définitions ci-dessous sont couvertes par la Protection maladies graves pour enfants seulement et ne font pas partie du régime pour adultes.

Autisme

Le terme « autisme » s'entend d'une anomalie organique dans le développement du cerveau caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou autres formes de communication sociale. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne

Le terme « tumeur cérébrale bénigne » s'entend d'une tumeur bénigne localisée dans le cerveau ou les méninges. La nature histologique de la tumeur doit être confirmée par l'examen des tissus au moyen d'une biopsie ou d'une exérèse chirurgicale. Les tumeurs des os crâniens et les microadénomes pituitaires (d'un diamètre de moins de 10 mm) sont exclus de la protection.

Si un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne est posé dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants, AUCUNE prestation pour maladie grave n'est payable pour cette condition assurée. Si des signes ou des symptômes de troubles médicaux, ou encore des consultations médicales ou des tests médicaux ont commencé dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants et donnent lieu à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, AUCUNE prestation pour maladies graves n'est versée. La protection au titre des autres maladies graves non liées se poursuit.

Le titulaire et tous les assurés ont l'obligation de divulguer à la société toute information au sujet de tout cancer diagnostiqué dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants.

Le titulaire et tous les assurés ont également l'obligation de divulguer toute information à propos de ce qui suit :

(i) tout signe ou tout symptôme de problèmes médicaux; ou

(ii) toute consultation médicale ou tout test médical, qui débute dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants et qui donne lieu au diagnostic de tout type de cancer.

L'information doit être divulguée à la société, par écrit, dans les six (6) mois qui suivent le diagnostic. La société se réserve le droit de refuser toute demande de règlement au titre de la Protection maladies graves pour enfants pour un tel enfant s'il y a eu défaut de divulguer l'information visée à la société dans la forme et les délais prescrits.

Cécité

« Cécité » s'entend du diagnostic, posé par un médecin reconnu comme ophtalmologue, de la perte permanente de la vision des deux yeux. Pour chaque œil, l'acuité visuelle corrigée doit être inférieure à 20 sur 200 ou le champ visuel, inférieur à 20 degrés.

Paralysie cérébrale

Le terme « paralysie cérébrale » s'entend du diagnostic sans équivoque d'une paralysie cérébrale définitive, qui est un déficit neurologique non progressif caractérisé par la spasticité et l'incoordination des mouvements.

Fibrose kystique

Le terme « fibrose kystique » s'entend d'un diagnostic non équivoque de fibrose kystique qui est un trouble héréditaire affectant les glandes exocrines, entraînant une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Surdité

Le terme « 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.

Syndrome de Down (trisomie 21)

Le terme « syndrome de Down » s'entend d'un diagnostic non équivoque de syndrome de Down appuyé par la preuve chromosomique d'une trisomie 21.

Insuffisance d'un organe vital nécessitant une greffe

Le « terme Insuffisance d'un organe vital nécessitant une greffe » s'entend d'une insuffisance irréversible du cœur, du foie, de la moelle osseuse, des deux poumons ou des deux reins nécessitant une greffe de l'organe ou du tissu en question. L'enfant doit être accepté dans un programme de greffes reconnu au Canada ou aux États-Unis et survivre au moins trente (30) jours après la date de son inscription au programme de greffe.

Cancer menaçant la vie

Le terme « cancer menaçant la vie » 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. Sont compris la leucémie, la maladie d'Hodgkin, et le cancer de la peau sans mélanome comportant des métastases propagées à des organes voisins.

Les formes de cancer suivantes sont exclues de la protection :

a) carcinome in situ;

b) lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;

c) tout type de cancer de la peau, sauf les mélanomes malins envahissants du derme ou d'une couche plus profonde (à un stade supérieur au stade 1A);

d) toute tumeur en présence du virus d'immunodéficience humaine (VIH).

La société ne versera aucune prestation pour une maladie grave pour tout cancer menaçant la vie ou de toute maladie grave liée à un cancer si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants, tout type de cancer (qu'il soit assuré ou exclu) est diagnostiqué. La prestation pour maladie grave n'est pas payable si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet ou la

date de toute remise en vigueur d'une Protection maladies graves pour enfants, tout signe ou symptôme de problèmes de santé, ou encore toute consultation médicale ou tout test médical a débuté et donne lieu au diagnostic de tout type de cancer (qu'il soit assuré ou exclu). La protection au titre des autres maladies graves non liées se poursuit.

Le titulaire de police et tout assuré ont l'obligation de divulguer à la société toute information au sujet de tout cancer diagnostiqué dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants. Le titulaire et tous les assurés ont également l'obligation de divulguer toute information à propos de ce qui suit :

(i) tout signe ou tout symptôme de problèmes médicaux; et

(ii) toute consultation médicale ou tout test médical, qui débute dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'effet ou la date de toute remise en vigueur de la Protection maladies graves pour enfants et qui donne lieu au diagnostic de tout type de cancer.

L'information doit être divulguée à la société, par écrit, dans les six (6) mois qui suivent le diagnostic. La société se réserve le droit de refuser toute demande de règlement au titre de la Protection maladies graves pour enfants pour un tel enfant s'il y a eu défaut de divulguer l'information visée à la société dans la forme et les délais prescrits.

Dystrophie musculaire

Le terme « dystrophie musculaire » s'entend d'un diagnostic non équivoque de dystrophie musculaire, caractérisée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.

Paralysie

Le terme « paralysie » s'entend d'un diagnostic de perte totale et permanente de l'usage de deux (2) membres ou plus, à cause de paralysie, pendant une période continue de quatre-vingt-dix (90) jours ou plus, confirmée par un médecin. Toute cause psychiatrique est spécifiquement exclue.

Insuffisance rénale

Le terme « Insuffisance rénale » s'entend du diagnostic d'insuffisance irréversible des deux reins, nécessitant des traitements réguliers par dialyse péritonéale, hémodialyse, ou encore une greffe de rein.

Anomalies congénitales spécifiques

Le terme « anomalies congénitales spécifiques » s'entend du diagnostic spécifique posé par un médecin reconnu comme cardiologue pédiatrique qualifié d'une anomalie cardiaque congénitale causant de la cyanose (faible oxygénation du sang) laquelle entraîne un ou plusieurs des diagnostics suivants :

a) atrésie d'une valve cardiaque;

b) transposition des gros vaisseaux;

c) tronc artériel commun;

d) retour veineux pulmonaire anormal total; ou

e) tétralogie de Fallot.

Toutes les autres anomalies cardiaques congénitales sont exclues.

Greffe d'un organe vital

Greffe d'un organe vital s'entend de la chirurgie comme telle, où l'enfant reçoit l'un des organes ou tissus suivants par greffe : cœur, foie, poumon, rein ou moelle osseuse.

Diabète de type 1

Le terme « diabète de type 1 » s'entend d'un diagnostic de diabète de type 1 (anciennement connu sous le nom de diabète insulinodépendant ou de diabète maigre), caractérisé par une carence absolue d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. Le diagnostic doit être posé par un pédiatre ou un endocrinologue qualifié. De plus, la preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de trois mois.

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) est une société fièrement canadienne en activité depuis 1923. Elle offre une gamme de produits individuels et collectifs d'assurance vie et maladie, de placements et de retraite, y compris des fonds communs de placement par l'entremise de Placements Empire Vie Inc., sa filiale en propriété exclusive.

L'Empire Vie se classe parmi les 10 principaux assureurs vie au Canada[1] et jouit de la note A (Excellent) que lui a attribuée la firme A.M. Best[2]. Sa mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à obtenir les placements, l'assurance individuelle et l'assurance collective dont ils ont besoin avec simplicité, rapidité et facilité afin qu'ils accumulent un patrimoine, génèrent un revenu et atteignent la sécurité financière.

Suivez l'Empire Vie sur les réseaux sociaux avec l'identifiant @EmpireVie ou visitez son site Web au www.empire.ca pour obtenir plus de détails.

[1] Selon le total des actifs dans les documents du 31 décembre 2019 déposés auprès du BSIF.
[2] Le 24 juin 2020. Pour obtenir la note la plus récente, visitez le www.ambest.com.

L'information présentée dans ce document est fournie à titre informatif seulement et ne doit pas être interprétée comme constituant des conseils juridiques, fiscaux, financiers ou professionnels. L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie décline toute responsabilité quant à l'utilisation ou à la mauvaise utilisation de cette information, ainsi qu'aux omissions relatives à l'information présentée dans ce document. Veuillez demander conseil à des professionnels avant de prendre une quelconque décision.

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**.
MC Marque de commerce de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.
Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Assurance et placements – Avec simplicité, rapidité et facilité[MD]
empire.ca info@empire.ca 1 877 548-1881

INS-1454-FR-12/20