

ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS DE MALADIES GRAVES

Guide du produit

Une précieuse protection...
lorsqu'elle est le plus nécessaire



UNE PRÉCIEUSE PROTECTION... LORSQUE LES EMPLOYÉS EN ONT LE PLUS BESOIN

Recevoir un diagnostic de maladie grave peut être terrifiant avant même que les soucis financiers ne viennent s'y ajouter. Pourtant, la plupart des employés vivraient des difficultés financières s'ils étaient forcés de s'absenter du travail. Le conjoint aurait-il à s'absenter aussi pour s'occuper du partenaire malade? Auraient-ils à déboursier des frais de déplacement, d'hébergement et de stationnement pour obtenir des traitements, ou à payer des médicaments et des fournitures médicales que leur régime d'assurance maladie ne couvre pas?

Les chances de survivre à une maladie grave sont meilleures que jamais, mais la route vers la guérison peut se révéler plus coûteuse qu'on ne le croit. Tout le monde n'a pas suffisamment d'économies dans lesquelles puiser. L'assurance invalidité peut donner un coup de main, mais ne suffit pas toujours.

L'assurance collective en cas de maladies graves contribue à combler l'écart entre les indemnités d'invalidité et les frais médicaux imprévus. Elle fournit une protection financière lorsque le besoin se fait le plus sentir pour que l'employé se concentre sur sa guérison. L'assurance en cas de maladies graves est sur le point de devenir une composante essentielle d'un régime d'assurance collective concurrentiel. En fait, le marché de l'assurance en cas de maladies graves a doublé de taille depuis 2010, selon une récente enquête¹. Elle offre une valeur ajoutée aux employés et aux employeurs.

Pour les employés :

- Elle offre un montant forfaitaire non imposable non assujetti à la guérison ou au retour au travail
- Elle n'impose aucune limitation sur l'utilisation des fonds
- Elle offre une protection financière lorsque le besoin se fait le plus sentir, permettant de stabiliser les finances du ménage et d'aider à payer les frais médicaux imprévus

Pour les employeurs :

- Elle aide à montrer que la santé et le mieux-être des employés sont des priorités
- Elle peut aider à maintenir la productivité la plus élevée possible grâce au soutien offert aux employés, avant, pendant et après un diagnostic
- Elle maintient la compétitivité des régimes

¹ Munich Re, 2014

TABLE DES MATIÈRES

Les clients peuvent protéger leurs employés à leur façon	3
Conditions assurées	5
Notre nouveau produit d'assurance en cas de maladies graves Assistance vitale.....	8
Prestation partielle, prestations multiples et prestation pour récurrence du cancer.....	9
Sélectionner le bon produit d'assurance en cas de maladies graves pour vos clients	14
Lignes directrices de sélection des risques	16
Communication	17
Définitions des conditions assurées.....	17
Définitions au titre d'une prestation partielle	26
Définitions au titre de l'assurance en cas de maladies graves des personnes à charge	27

LES CLIENTS PEUVENT PROTÉGER LEURS EMPLOYÉS... À LEUR FAÇON

Les percées médicales qui aident les gens à survivre à des maladies graves rendent également l'assurance en cas de maladies graves plus pertinente et plus attrayante que jamais. Les trois options de la gamme de produits d'assurance collective en cas de maladies graves de l'Empire Vie permettent aux clients de choisir le type et le degré de protection qui correspondent à leurs besoins.

Les avantages de notre gamme de produits

L'assurance collective en cas de maladies graves de l'Empire Vie offre une grande souplesse, grâce aux caractéristiques novatrices suivantes :

1. Protection pour 31 conditions médicales aux termes de nos protections d'assurance en cas de maladies graves traditionnelle et améliorée. L'assurance en cas de maladies graves Assistance vitale offre une solide protection pour quatre conditions qui totalisent près de 90 % des demandes de règlement d'assurance en cas de maladies graves¹. La tendance actuelle est toutefois de couvrir plus de conditions. L'Empire Vie répond à la demande en offrant ses produits d'assurance en cas de maladies graves traditionnelle et améliorée.
2. Protection offerte aux groupes de trois employés ou plus (lorsque l'assurance en cas de maladies graves est sélectionnée, le groupe ou la catégorie doit compter au moins trois personnes).
3. Options de capital assuré jusqu'à 250 000 \$ (jusqu'à 500 000 \$ lorsqu'on y ajoute un montant de protection optionnel en cas de maladies graves payé par l'employé).
4. Garanties pour prestation partielle, prestations multiples et prestations pour récurrence du cancer offertes avec l'assurance en cas de maladies graves améliorée, permettant aux clients d'ajouter une protection supplémentaire pour tous les employés ou pour certaines catégories. Lorsque les clients ajoutent une assurance optionnelle en cas de maladies graves à leur régime, même s'ils choisissent l'assurance en cas de maladies graves Assistance vitale ou l'assurance traditionnelle, les employés ont toujours la possibilité de s'offrir cette protection additionnelle.
5. L'exonération des primes permet de suspendre tous les paiements de primes d'assurance en cas de maladies graves (y compris celles du conjoint et de tout enfant à charge) des employés qui deviennent invalides, tout en maintenant leur protection en vigueur. La définition d'invalidité dépend des garanties d'assurance vie ou d'invalidité de longue durée en place.
6. Les nouveaux clients n'ont qu'à remplir un seul formulaire combiné de sélection des risques médicaux simplifié pour l'assurance vie, l'assurance invalidité de longue durée et l'assurance en cas de maladies graves.

¹ Munich Re, 2014

Produits d'assurance collective en cas de maladies graves de l'Empire Vie

	Assurance en cas de maladies graves Assistance vitale – protection simplifiée	Assurance en cas de maladies graves traditionnelle – protection complète	Assurance en cas de maladies graves améliorée – prestations multiples
Conditions assurées	4 pour l'employé	31 pour l'employé/le conjoint 15 pour les enfants à charge	31 pour l'employé/le conjoint 15 pour les enfants à charge
Admissibilité	Employés	Protection optionnelle pour employé/conjoint/personnes à charge offerte	Protection optionnelle pour employé/conjoint/personnes à charge offerte
Protection optionnelle	Protection maladies graves optionnelle pour employé/conjoint/enfants à charge offerte (traditionnelle ou améliorée)	Protection maladies graves optionnelle pour employé/conjoint/enfants à charge offerte (traditionnelle ou améliorée)	Protection maladies graves optionnelle pour employé/conjoint/enfants à charge offerte (traditionnelle ou améliorée)
Taille du groupe/ de la catégorie	3 et plus	3 et plus	3 et plus
Montant de protection	10 000 \$/20 000 \$/30 000 \$*	10 000 \$ - 250 000 \$ pour l'employé (par tranches de 1 000 \$) 10 000 \$ - 25 000 \$ pour le conjoint (par tranches de 1 000 \$)** 5 000 \$ pour les enfants à charge (montant fixe)	
Montant d'assurance optionnelle en cas de maladies graves	10 000 \$ - 250 000 \$ pour l'employé (par tranches de 1 000 \$) 10 000 \$ - 250 000 \$ pour le conjoint (par tranches de 1 000 \$) 5 000 \$ - 25 000 \$ pour les enfants à charge (par tranches de 1 000 \$)		
Caractéristiques de paiement	Montant forfaitaire et montant d'indemnisation pour frais médicaux	Prestation unique	Prestations partielles/multiples/ pour récurrence du cancer***
Exclusion pour conditions préexistantes	Aucune exclusion pour conditions préexistantes	Exclusions pour conditions préexistantes : 24 mois avant/après; option de 12 mois avant/après pour les groupes de 50 participants et plus; option de 0 mois avant/après pour les groupes de 200 participants et plus	Exclusions pour conditions préexistantes : 24 mois avant/après; option de 12 mois avant/après pour les groupes de 50 participants et plus; option de 0 mois avant/après pour les groupes de 200 participants et plus
Sélection des risques médicaux	Aucune	Pourrait s'appliquer	Pourrait s'appliquer
Exonération des primes	Non	Oui	Oui
Transférabilité	Non	Non	Non
Transformation	Non	Non	Non
Âge de cessation	Âge de 65 ans de l'employé	Âge de 70 ans de l'employé pour la protection obligatoire, 65 ans pour la protection optionnelle	Âge de 70 ans de l'employé pour la protection obligatoire, 65 ans pour la protection optionnelle
Barème de réduction	Ne s'applique pas	La protection obligatoire de l'employé et du conjoint est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans de l'employé. Aucune réduction pour la protection obligatoire des personnes à charge ni pour la protection optionnelle	

* Montant forfaitaire de 5 000 \$, 15 000 \$ ou 25 000 \$ plus un montant d'indemnisation pour frais médicaux de 5 000 \$

** Le groupe ou la catégorie doit compter 5 participants pour une protection supérieure à 10 000 \$

*** Ne s'applique pas aux enfants à charge

CONDITIONS ASSURÉES

Voici la liste des conditions médicales assurées par nos trois produits. L'assurance en cas de maladies graves Assistance vitale couvre les quatre conditions les plus courantes. Les options d'assurance en cas de maladies graves traditionnelle et améliorée couvrent 31 conditions médicales : les quatre les plus courantes plus 27 autres conditions, et 15 conditions pour les enfants à charge.

	Assurance en cas de maladies graves Assistance vitale – protection simplifiée	Assurance en cas de maladies graves traditionnelle – protection complète	Assurance en cas de maladies graves améliorée – prestations multiples
Chirurgie de l'aorte		•	•
Anémie aplastique		•	•
Méningite purulente		•	•
Tumeur cérébrale bénigne		•	•
Cécité		•	•
Cancer (mettant la vie en danger)	•	•	•
Cardiomyopathie		•	•
Coma		•	•
Pontage aortocoronarien	•	•	•
Surdité		•	•
Démence (y compris maladie d'Alzheimer)		•	•
Insuffisance hépatique, phase terminale		•	•
Hépatite virale fulminante		•	•
Crise cardiaque	•	•	•
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		•	•
Insuffisance rénale		•	•
Perte d'autonomie		•	•
Perte de membres		•	•
Perte de l'usage de la parole		•	•
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		•	•
Greffe d'un organe vital		•	•
Maladie du motoneurone		•	•
Sclérose en plaques		•	•
Dystrophie musculaire		•	•
Infection � VIH contract�e au travail		•	•
Paralyse		•	•
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		•	•
Hypertension artérielle pulmonaire primitive		•	•
Sclérodermie g�n�ralis�e		•	•
Brûlures graves		•	•
Accident vasculaire cérébral	•	•	•



Les clients peuvent ajouter une protection pour les conjoints et les enfants à charge des employés lorsqu'ils choisissent l'assurance en cas de maladies graves traditionnelle ou améliorée. L'assurance du conjoint comprend les 31 conditions ci-dessus. Le tableau suivant dresse la liste des conditions assurées pour les enfants à charge :

	Assurance en cas de maladies graves traditionnelle – protection complète	Assurance en cas de maladies graves améliorée – prestations multiples
Tumeur cérébrale bénigne	•	•
Cécité	•	•
Cancer (mettant la vie en danger)	•	•
Paralysie cérébrale	•	•
Cardiopathie congénitale	•	•
Fibrose kystique	•	•
Surdité	•	•
Syndrome de Down (trisomie 21)	•	•
Insuffisance rénale	•	•
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	•	•
Greffe d'un organe vital	•	•
Dystrophie musculaire	•	•
Paralysie	•	•
Spina bifida	•	•
Diabète de type 1	•	•



NOTRE NOUVEAU PRODUIT D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIES GRAVES ASSISTANCE VITALE

Nous avons amélioré notre assurance maladie Assistance vitale et modifié son nom pour Assistance vitale en cas de maladies graves. Elle fait maintenant partie de notre gamme de produits en cas de maladies graves. Tout comme les protections traditionnelle et améliorée, l'assurance Assistance vitale en cas de maladies graves :

- est offerte aux groupes et aux catégories de trois employés ou plus
- est fondée sur les définitions de référence des maladies graves de l'ACCAP de 2013
- propose des taux basés sur les données démographiques
- permet d'ajouter une protection optionnelle en cas de maladies graves traditionnelle ou améliorée pour une protection accrue

Les autres caractéristiques d'Assistance vitale restent les mêmes.

Assistance vitale procure une précieuse protection financière à coût raisonnable. Il s'agit d'une solution simple et abordable :

- Prestation de 10 000 \$, 20 000 \$ ou 30 000 \$ (montant forfaitaire de 5 000 \$, 15 000 \$ ou 25 000 \$ plus un montant d'indemnisation de 5 000 \$ pour couvrir les frais médicaux que l'employé et ses personnes à charge assurées déboursent dans les 12 mois suivant la date où l'employé répond aux exigences d'admissibilité d'une condition assurée)
- Aucune sélection des risques médicaux, sauf pour les adhésions tardives
- Aucune exclusion pour les conditions préexistantes
- Protection pour les quatre principales conditions – cancer, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral et pontage aortocoronarien – qui représentent près de 90 % de toutes les demandes de règlement pour maladies graves¹
- Grâce à ses trois options de protection, le client peut choisir le montant de protection totale qui répond le mieux à ses besoins
- Montant d'indemnisation pour frais médicaux qui encourage les employés à se concentrer sur leur santé et leur rétablissement

Pour être admissible au remboursement, une dépense médicale doit figurer sur la liste des frais médicaux admissibles de l'Agence du revenu du Canada (ARC) ET ne doit pas être un élément exclu des dispositions du contrat d'assurance collective.

La prestation de l'assurance Assistance vitale est versée lorsqu'on diagnostique à un employé assuré l'une des quatre conditions assurées et que, dans les 60 jours qui suivent la date du diagnostic, l'employé est hospitalisé pendant 72 heures consécutives, OU s'absente du travail pendant deux semaines consécutives en raison d'une condition assurée, et que cette absence est justifiée par un document écrit du médecin traitant.

¹ Munich Re, 2014



PRESTATION PARTIELLE, PRESTATIONS MULTIPLES ET PRESTATION POUR RÉCURRENCE DU CANCER

Les clients qui choisissent l'assurance améliorée offrent aux employés une protection supplémentaire incluant des garanties de prestation partielle, de prestations multiples et de prestation pour récurrence du cancer. Les garanties de prestation partielle, de prestation pour récurrence de cancer et de prestations multiples ne s'appliquent pas aux enfants à charge.

Prestation partielle

Certaines conditions médicales, bien que sérieuses, ne mettent plus la vie en danger grâce aux progrès médicaux. Une personne souffrant de l'une des conditions assurées suivantes pourrait toutefois ressentir le besoin de s'absenter du travail et aura peut-être des frais imprévus à assumer. Les conditions suivantes sont admissibles à une prestation représentant 10 % du montant de protection :

1. Angioplastie coronarienne
2. Carcinome canalaire in situ
3. Leucémie lymphoïde chronique à un stade précoce
4. Mélanome malin à un stade précoce
5. Cancer de la prostate à un stade précoce
6. Cancer de la thyroïde à un stade précoce

La garantie de prestation partielle ne peut être versée qu'une seule fois. La prestation partielle ne modifie pas toute prestation complète subséquente. Il est possible de recevoir une prestation partielle, puis deux prestations complètes. Il n'est toutefois pas possible de recevoir deux prestations complètes, puis une prestation partielle.

Exemples



On diagnostique à **Suzanne** un carcinome canalaire in situ

S'agit-il de l'une des six conditions assurées par la prestation partielle?	Oui
A-t-elle reçu une prestation partielle par le passé?	Non
Est-elle admissible à une prestation partielle?	Oui



On diagnostique à **Richard** un cancer de la prostate à un stade précoce

S'agit-il de l'une des six conditions assurées par la prestation partielle?	Oui
A-t-il reçu au moins une prestation complète par le passé? Il a souffert d'une crise cardiaque l'an dernier et a reçu une prestation complète.	Oui
Est-il admissible à une prestation partielle?	Oui



On diagnostique à **Mélanie** un mélanome malin à un stade précoce

S'agit-il de l'une des six conditions assurées par la prestation partielle?	Oui
A-t-elle reçu au moins une prestation complète par le passé? Elle a reçu une prestation complète pour une crise cardiaque et une autre pour une tumeur cérébrale bénigne.	Oui
Est-elle admissible à une prestation partielle?	Non



On diagnostique à **Simon** un cancer de la thyroïde à un stade précoce

S'agit-il de l'une des six conditions assurées par la prestation partielle?	Oui
A-t-il reçu au moins une prestation complète par le passé? On lui a diagnostiqué une perte d'autonomie; il a reçu une prestation complète.	Oui
Est-il admissible à une prestation partielle? La perte d'autonomie met fin à la protection après versement de la prestation complète.	Non



Prestations multiples

Puisque de plus en plus de gens survivent à une maladie grave et sont en mesure de retourner au travail, la garantie de prestations multiples offre une protection dans l'éventualité d'une deuxième maladie. Voici comment elle fonctionne : les maladies sont divisées en quatre groupes. Une personne qui reçoit une prestation complète pour une condition inscrite dans le groupe 1 peut obtenir une deuxième prestation complète si on lui diagnostique une maladie appartenant à un autre groupe. L'exception est la perte d'autonomie, qui entraîne automatiquement la fin de la protection et ne permet pas le versement d'une prestation future.

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Anémie aplastique Tumeur cérébrale bénigne Cancer (mettant la vie en danger) Insuffisance hépatique, phase terminale Hépatite virale fulminante Insuffisance rénale Greffe d'un organe vital Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe Infection à VIH contractée au travail Sclérodémie généralisée Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Chirurgie de l'aorte Cardiomyopathie Pontage aortocoronarien Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque Crise cardiaque Accident vasculaire cérébral	Méningite purulente Cécité Coma Surdité Démence (y compris maladie d'Alzheimer) Perte de membres Perte de l'usage de la parole Maladie du motoneurone Sclérose en plaques Paralysie Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques Brûlures graves	Perte d'autonomie

Prestation pour récurrence du cancer

Une personne à qui l'on diagnostique un deuxième cancer mettant la vie en danger peut recevoir une deuxième prestation complète si elle ne reçoit aucun soin lié au cancer pendant cinq ans après le premier cancer (à l'exception des tests et d'exams préventifs et de dépistage de routine). Il n'est pas nécessaire que le type de cancer soit différent pour donner droit à la prestation complète. Un versement de prestation partielle pour un cancer réinitialise la période d'attente de cinq ans. Certaines conditions s'appliquent. Par exemple, un employé qui reçoit une prestation complète pour un cancer et une prestation complète pour une crise cardiaque verra sa protection prendre fin, et ne sera pas admissible à une troisième prestation.

Exemples



Alexa a été victime d'une crise cardiaque, puis d'une autre un peu plus tard. Elle reçoit une **prestation complète pour la première crise cardiaque et aucune pour la deuxième - un seul versement par condition assurée.**



Denis a eu le cancer. Cinq ans plus tard, il souffre à nouveau d'un cancer. Il reçoit **deux prestations complètes. Le cancer est l'exception à la règle d'une seule prestation pour une condition assurée.**



Philippe a un cancer et reçoit une **prestation complète**. Deux ans plus tard, il souffre d'un cancer de la prostate à un stade précoce; il reçoit une **prestation partielle**. S'il souffre plus tard d'un autre cancer, **cinq années devront s'être écoulées après le paiement de sa prestation partielle pour qu'il soit admissible à une prestation complète.**



SÉLECTIONNER LE BON PRODUIT D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIES GRAVES POUR VOS CLIENTS

Chaque client a son propre point de vue sur les régimes d'assurance collective. Notre gamme de produits d'assurance en cas de maladies graves offre aux clients beaucoup de choix et de souplesse. Elle leur permet de choisir le type et le degré de protection qui convient à leur entreprise. Vous demandez-vous quel produit convient le mieux à un client en particulier? Nous avons établi un profil de client type pour chacun de nos produits.

Approche face aux régimes d'assurance collective	Quelle serait l'option à privilégier?
<ul style="list-style-type: none"> • Accorde de la valeur à la protection; souhaite protéger ses employés contre les principaux risques • Recherche des garanties d'un prix raisonnable • Gère judicieusement son budget • Veut offrir une protection principale, et accorder une petite part de budget aux garanties moins importantes, mais que les employés apprécient 	<p>Assistance vitale en cas de maladies graves – protection simplifiée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protection facile à comprendre et facile à administrer • Admissibilité simplifiée • Protection économique
<ul style="list-style-type: none"> • Recherche des garanties comparables à celles des concurrents • Compare son régime pour s'assurer qu'il est semblable ou meilleur • Offre un bon assortiment de garanties : protection de base et d'autres garanties moins importantes, mais que les employés apprécient 	<p>Assurance en cas de maladies graves traditionnelle – protection complète</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle offre une grande souplesse grâce à ses montants de protection entre 10 000 \$ et 250 000 \$ qui permettent de choisir le bon niveau de protection. • Elle s'harmonise avec l'offre des concurrents. L'employé peut comparer facilement les régimes et constater la valeur de la protection complète en cas de maladies graves.
<ul style="list-style-type: none"> • Recherche des garanties qui surpassent celles des concurrents • Souhaite offrir un degré élevé de protection pour les employés et leur famille • Sait qu'à long terme, on peut tomber malade plus d'une fois • Veut s'assurer de la loyauté des employés talentueux, difficiles à trouver 	<p>Assurance en cas de maladies graves améliorée – prestations multiples</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle se distingue par sa capacité à protéger les employés atteints d'une maladie grave à plus d'une reprise. • Elle offre une protection solide pour un régime d'assurance complet.

Pour chacun des produits, les clients peuvent choisir la protection optionnelle, qui permet aux employés d'acheter une protection d'assurance en cas de maladies graves additionnelle. Les employés profitent ainsi du prix de groupe grâce à l'employeur.



LIGNES DIRECTRICES DE SÉLECTION DES RISQUES

- Un taux de participation de 100 % est requis pour chacune des catégories d'employés bénéficiant de l'assurance en cas de maladies graves.
- L'assurance en cas de maladies graves des employés est obligatoire pour l'admissibilité à une assurance pour le conjoint et/ou les enfants à charge, ainsi que pour l'assurance optionnelle en cas de maladies graves.
- L'assurance optionnelle en cas de maladies graves du conjoint peut être offerte même si l'assurance en cas de maladies graves du conjoint n'est pas sélectionnée.
- Le type d'assurance optionnelle en cas de maladies graves pourrait différer du type d'assurance obligatoire. Par exemple, la protection obligatoire pourrait être une protection améliorée et la protection optionnelle pourrait être une protection traditionnelle. La protection est déterminée au niveau de la catégorie (et non du certificat).

Préservation des droits acquis

- Au moment de la demande de règlement, nous tiendrons compte du temps écoulé depuis le début de la protection auprès de l'ancien assureur. Par exemple, au moment de la soumission de la demande de règlement, si un employé avait eu une protection d'assurance en cas de maladies graves pendant six mois auprès de l'ancien assureur, notre période d'exclusion pour conditions préexistantes sera réduite à 18 mois pour cet employé.
 - L'exception concerne les nouvelles conditions assurées. Par exemple, si la police précédente assure 22 conditions et que l'Empire Vie assure 31 conditions, les neuf nouvelles conditions seraient assujetties à notre période d'exclusion pour conditions préexistantes de 24 mois. Ces règles concernent également les groupes qui passent de l'assurance maladie Assistance vitale à une assurance en cas de maladies graves traditionnelle ou améliorée.
- La même règle s'applique à l'augmentation des montants de protection des groupes qui passent à l'Empire Vie et qui comptent moins de 50 employés assurés en vertu de l'assurance en cas de maladies graves. Par exemple, si le montant de protection de l'ancienne assurance en cas de maladies graves était de 10 000 \$ et qu'un client souhaite augmenter sa protection à 30 000 \$, les 20 000 \$ supplémentaires seront assujettis à notre période d'exclusion pour conditions préexistantes de 24 mois. Le solde de 10 000 \$ serait assujetti à toute période d'exclusion pour condition préexistante déjà calculée auprès de l'assureur précédent.
- Cette logique s'applique également aux modifications des montants de protection une fois la protection en vigueur. Ces modifications se baseront uniquement sur le montant d'augmentation, et non sur le nombre d'assurés. La différence de toute augmentation de plus de 10 000 \$ sera assujettie à une période d'exclusion complète pour conditions préexistantes.

COMMUNICATION

En votre qualité de conseiller, vous jouez un rôle important en aidant les clients à comprendre les règles qui gouvernent l'assurance en cas de maladies graves. Voici certains points que les clients doivent bien comprendre :

- L'assurance en cas de maladies graves est conçue pour couvrir les conditions menaçant la vie.
- À des fins de clarté, d'équité et de transparence, l'Empire Vie a adopté les définitions de référence de maladies graves de l'ACCAP pour ses conditions couvertes, lorsque ces définitions existent.
- Les règles d'exclusion des conditions préexistantes sont conçues pour protéger l'assurance contre l'anti-sélection et peuvent avoir une influence sur l'approbation des demandes de règlement.
- Les garanties de prestations multiples, de prestation partielle et de prestation pour récurrence du cancer offertes par l'assurance en cas de maladies graves améliorée protègent les employés dans l'éventualité d'une maladie grave. Certaines conditions s'appliquent et sont illustrées dans les exemples.
- Les conditions assurées et leurs définitions peuvent différer d'un assureur à l'autre.
- Dans le cas d'un changement d'assureur, le nouvel assureur doit calculer les périodes d'exclusion pour conditions préexistantes afin de tenir compte des périodes déjà accumulées.

Les administrateurs de régimes ont un important rôle à jouer pour aider les employés à comprendre leur protection d'assurance en cas de maladies graves. Il est crucial de communiquer de façon efficace pour éviter de la confusion et des déceptions. La trousse de communication aux employés de l'Empire Vie contient des documents qui peuvent faciliter la communication.

DÉFINITIONS DES CONDITIONS ASSURÉES

L'Empire Vie et la plupart des autres assureurs utilisent les définitions de l'ACCAP pour des conditions assurées lorsque ces définitions existent.

Les 31 conditions médicales suivantes sont assurées en vertu des garanties en cas de maladies graves traditionnelle et améliorée. L'assurance Assistance vitale en cas de maladies graves couvre les quatre principales conditions : cancer (mettant la vie en danger), crise cardiaque, pontage aortocoronarien et accident vasculaire cérébral.

« **Maladie grave** » s'entend d'une maladie ou d'une chirurgie spécialement couverte et définie par la présente garantie, et qui n'en est pas expressément exclue. Une maladie grave désigne l'une des conditions suivantes, définies ci-après :

« **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.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

« **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 :

- stimulation de la moelle osseuse;

- immunosuppresseurs;
- greffe de moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par un spécialiste.

« **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 du diagnostic.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition dans le cas d'une méningite virale.

« **Tumeur cérébrale bénigne** » s'entend du 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.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition si, dans les 90 jours suivant la prise d'effet de l'assurance de la personne assurée ou la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de la personne assurée, la personne assurée présente l'un des éléments suivants :

- signes, symptômes ou résultats d'investigations desquels découle un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue aux termes de la police), quelle que ce soit la date du diagnostic; ou
- un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue aux termes de la police).

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 compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie 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 ne sera payable au titre de cette condition pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

« **Cécité** » s'entend du diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

« **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, sans toutefois s'y limiter, le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition si, dans les 90 jours suivant la prise d'effet de l'assurance de la personne assurée ou la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de la personne assurée, la personne assurée :

- présente des signes ou des symptômes, ou s'est soumise 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 du diagnostic; ou
- reçoit 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 compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Aux fins de la police, 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 de la police, 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).

« **Cardiomyopathie** » s'entend du diagnostic sans équivoque de cardiomyopathie causant une perte permanente de fonction dans le ventricule gauche, posé par un cardiologue. Les symptômes occasionnés doivent limiter de façon importante les activités physiques comme décrit par la catégorie III ou plus de la classification de la New York Heart Association. Ce degré de limitation doit être permanent et avoir duré au moins trois (3) mois, tout en bénéficiant d'un traitement médical optimal.

Exclusion : La cardiomyopathie directement liée à l'abus d'alcool ou de drogues est exclue.

Classification de la New York Heart Association :

Catégorie I. Patients souffrant d'une maladie cardiaque, mais sans restriction d'activité physique. Les activités ordinaires ne causent pas de fatigue, de palpitation, de dyspnée ou d'angine.

Catégorie II. Patients souffrant de maladie cardiaque devant restreindre légèrement leur activité physique. Ils sont confortables au repos. Les activités physiques ordinaires causent de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.

Catégorie III. Patients souffrant de maladie cardiaque et devant restreindre de façon marquée leur activité physique. Ils sont confortables au repos. Les activités physiques légères causent de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.

Catégorie IV. Patients souffrant d'une maladie cardiaque entraînant l'impossibilité de réaliser toute activité physique sans inconfort. Les symptômes d'insuffisance cardiaque ou d'angine peuvent être présents même au repos. L'inconfort augmente avec toute activité physique.

« **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. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition pour :

- un coma médicalement provoqué;
- un coma résultant directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- un diagnostic de mort cérébrale.

« **Pontage aortocoronarien** » s'entend de l'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.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcatéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

« **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.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

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

- aphasie (trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets); ou
- 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.

La personne assurée doit présenter :

- une démence de gravité modérée ou plus grave, qui doit être démontrée par un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs, soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

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

« **Insuffisance hépatique, phase terminale** » s'entend de l'insuffisance permanente et irréversible des fonctions hépatiques qui obtient un score de Child Pugh de classe B ou C tel que certifié par un spécialiste, et si les trois éléments sont présents :

1. jaunisse permanente;
2. ascites; et
3. encéphalopathie hépatique.

Exclusion : L'insuffisance hépatique résultant de l'abus d'alcool ou de drogues est exclue.

« **Hépatite virale fulminante** » s'entend d'une nécrose hépatique pouvant aller de submassive à massive causée par tout virus entraînant rapidement une insuffisance hépatique.

Ce diagnostic doit s'appuyer sur tous les éléments suivants :

- diminution rapide de la taille du foie;
- nécrose impliquant des lobules entiers, ne laissant qu'une trame réticulaire;
- détérioration rapide des résultats de tests de fonctions hépatiques;
- amplification de la jaunisse; et
- encéphalopathie hépatique.

Une infection par un virus d'hépatite ou un statut de porteur d'un virus de l'hépatite ne répond pas à la définition d'« hépatite virale fulminante ».

« **Crise cardiaque** » s'entend du diagnostic formel de nécrose du muscle cardiaque qui résulte de l'obstruction de l'apport sanguin, entraînant 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 :

- des symptômes de crise cardiaque;
- des changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition pour :

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

« **Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque** » s'entend de l'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.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

« **Insuffisance rénale** » s'entend du diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

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

« **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.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'appareils et accessoires fonctionnels;
- se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'appareils et accessoires fonctionnels;
- faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'appareils et accessoires fonctionnels;
- être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle raisonnable;
- se mouvoir – capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'appareils et accessoires fonctionnels; et
- se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préalablement préparés et servis, avec ou sans l'aide d'appareils et accessoires fonctionnels.

« **Perte de membres** » s'entend du diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

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

« **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.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition pour toute cause psychiatrique.

« **Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe** » s'entend du diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse pour lequel une greffe est médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition d'une « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise.

Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée au programme de greffe.

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

« **Greffe d'un organe vital** » s'entend de l'intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La greffe doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition d'une « greffe d'un organe vital », la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

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

« **Maladie du motoneurone** » s'entend du diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire. Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.

« **Sclérose en plaques** » s'entend du diagnostic définitif d'au moins une des conditions suivantes :

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

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

« **Dystrophie musculaire** » s'entend d'un trouble musculaire génétique causant un dysfonctionnement moteur. Un spécialiste doit poser un diagnostic formel de dystrophie musculaire basé sur les tests acceptés du point de vue clinique au moment de la demande de règlement. La maladie doit causer une faiblesse musculaire permanente évidente à l'examen clinique.

« **Infection à VIH contractée au travail** » s'entend du diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la prise d'effet de l'assurance de la personne assurée ou la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de la personne assurée si cette date est ultérieure.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

1. la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure;
2. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
3. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
4. tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
5. 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.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition si :

- la personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH; ou
- un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle; ou
- l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant, sans toutefois s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses).

« **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.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

« Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » : La maladie de Parkinson s'entend d'un 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. La personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

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

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique si, dans les 365 jours qui suivent la prise d'effet de l'assurance de la personne assurée ou la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de la personne assurée, la personne assurée présente l'un des éléments suivants :

- des signes ou des symptômes, ou s'est soumise 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 du diagnostic; ou
- 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 compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie 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 ne sera payable au titre de la définition de « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » pour tout autre type de parkinsonisme.

« Hypertension artérielle pulmonaire primitive » s'entend de l'augmentation primaire et inexplicée de la pression dans l'artère pulmonaire entraînant une fatigue et une insuffisance cardiaque droite. La personne assurée doit souffrir d'une déficience physique permanente et irréversible, classée de catégorie III ou plus selon la classification de la New York Heart Association des troubles cardiaques, tout en bénéficiant d'un traitement optimal.

L'hypertension pulmonaire associée à une maladie pulmonaire, l'hypoventilation chronique, les maladies thromboemboliques, les maladies de la moitié gauche du cœur et les maladies cardiaques congénitales sont spécifiquement exclues.

Le diagnostic d'hypertension artérielle pulmonaire primitive doit être posé par un spécialiste selon les données fournies par un cathétérisme cardiaque.

Le diagnostic doit s'appuyer sur les trois (3) critères suivants :

1. Tension artérielle moyenne supérieure à 40 mmHg;
2. Résistance vasculaire pulmonaire supérieure à 3 (mmHg/L)/min; et

3. Pression capillaire bloqué normale inférieure à 15 mmHg.

Classification de la New York Heart Association :

Catégorie I. Patients souffrant d'une maladie cardiaque, mais sans restriction d'activité physique. Les activités ordinaires ne causent pas de fatigue, de palpitation, de dyspnée ou d'angine.

Catégorie II. Patients souffrant de maladie cardiaque devant restreindre légèrement leur activité physique. Ils sont confortables au repos. Les activités physiques ordinaires causent de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.

Catégorie III. Patients souffrant de maladie cardiaque et devant restreindre de façon marquée leur activité physique. Ils sont confortables au repos. Les activités physiques légères causent de la fatigue, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angine.

Catégorie IV. Patients souffrant d'une maladie cardiaque entraînant l'impossibilité de réaliser toute activité physique sans inconfort. Les symptômes d'insuffisance cardiaque ou d'angine peuvent être présents même au repos. L'inconfort augmente avec toute activité physique.

« **Sclérodémie généralisée** » s'entend d'une maladie systémique des tissus conjonctifs qui cause une fibrose diffuse progressive de la peau, des vaisseaux sanguins et des organes vitaux. Un spécialiste doit poser un diagnostic formel de sclérodémie généralisée. Le diagnostic doit s'appuyer sur une biopsie et des résultats de tests sérologiques, et la maladie doit avoir atteint des proportions systémiques impliquant le cœur, les poumons ou les reins.

Les maladies suivantes sont exclues :

- Sclérodémie localisée (morphee et sclérodémie en bandes ou linéaire), et
- Fasciite avec éosinophilie.

« **Brûlures graves** » s'entend du diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

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

« **Accident vasculaire cérébral** » s'entend du diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition soudaine et rapide de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

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

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition pour :

- un accident ischémique transitoire;
- un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- un infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

DÉFINITIONS AU TITRE D'UNE PRESTATION PARTIELLE

« **Maladie grave ne mettant pas la vie en danger** » s'entend de l'une des conditions suivantes, telles que définies ci-dessous :

« **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.

« **Carcinome canalaire in situ** » s'entend de la présence de cellules cancéreuses malignes qui demeurent dans le groupe de cellules desquelles elles sont issues. Ces cellules cancéreuses ne pénètrent pas la couche basale et n'envahissent pas les tissus environnants. Le diagnostic de carcinome canalaire in situ doit être confirmé par un anatomopathologiste certifié s'appuyant sur un rapport de pathologie valide. Le carcinome doit être qualifié de « Tis » selon la définition de la classification TNM de l'AJCC, 7^e édition, ou de stade 0 selon le système de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).

Exclusion : Le carcinome lobulaire in situ est exclu.

« **Leucémie lymphoïde chronique à un stade précoce** » s'entend d'une prolifération maligne de lymphocytes (globules blancs). Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique doit être posé par un spécialiste certifié. La leucémie lymphoïde chronique doit être classée comme stade 0 selon la classification de Rai, c'est-à-dire qu'il doit y avoir une augmentation de lymphocytes dans le sang, mais aucune augmentation de volume des ganglions lymphatiques, du foie et de la rate, et aucune anémie ni thrombocytopénie.

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée pour la lymphocytose B monoclonale (MBL), le lymphome ou d'autres causes de lymphocytose.

Aux fins de la police, 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).

« **Mélanome malin à un stade précoce** » s'entend d'un mélanome malin invasif de la peau égal ou inférieur à 1,0 mm selon l'indice de Breslow, non ulcéreux et sans atteinte des ganglions lymphatiques ni de métastases distantes. Il doit y avoir une croissance désordonnée et une prolifération de cellules de mélanome malin envahissant le derme de la peau, au-delà de l'épiderme. Le diagnostic doit être confirmé par un rapport de pathologie valide ainsi que le rapport d'un spécialiste certifié.

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée pour un mélanome in situ.

« **Cancer de la prostate à un stade précoce** » s'entend d'un cancer invasif malin de la prostate caractérisé par une croissance désordonnée et la prolifération de cellules cancéreuses malignes envahissant la prostate. Le cancer doit se limiter à la prostate, sans envahissement des ganglions lymphatiques ni métastases distantes, et être classé comme stade T1a ou T1b selon la définition de la classification TNM 2010 de l'AJCC, 7^e édition. Le diagnostic doit être confirmé par un rapport de pathologie valide ainsi que le rapport d'un spécialiste certifié.

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée pour une néoplasie prostatique intraépithéliale ou pour un cancer de la prostate in situ.

« **Cancer de la thyroïde à un stade précoce** » s'entend d'un cancer invasif papillaire ou folliculaire de la thyroïde caractérisé par une croissance désordonnée et la prolifération de cellules cancéreuses malignes envahissant la thyroïde. Le cancer doit être confiné à la thyroïde, sans envahissement des ganglions lymphatiques ni métastases distantes. La tumeur de la thyroïde doit mesurer 2 cm ou moins dans son plus important diamètre et être classée comme stade T1 selon la définition de la classification TNM 2010 de l'AJCC, 7^e édition. Le diagnostic doit être confirmé par un rapport de pathologie valide ainsi que le rapport d'un spécialiste certifié.

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée pour des nodules bénins de la thyroïde.

DÉFINITIONS AU TITRE DE L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIES GRAVES DES PERSONNES À CHARGE

« **Maladie grave** » s'entend, aux termes de l'assurance en cas de maladies graves des personnes à charge, des maladies suivantes comme décrites dans la présente section :

« **Tumeur cérébrale bénigne** » s'entend du 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. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition si, dans les 90 jours suivant la prise d'effet de l'assurance de la personne assurée ou la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de la personne assurée, l'une des situations suivantes survient :

- la personne assurée présente des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue aux termes de la police) a été posé à l'égard de la personne assurée.

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 compagnie dans les six mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie 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 ne sera payable au titre de cette condition pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

« **Cécité** » s'entend du diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

« **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, sans toutefois s'y limiter, le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition si, dans les 90 jours qui suivent la prise d'effet de l'assurance de la personne assurée ou la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de la personne assurée, l'une des situations suivantes survient :

- la personne assurée présente des signes ou des symptômes, ou s'est soumise 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 du diagnostic; ou
- la personne assurée reçoit 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 compagnie dans les six mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave assurée causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Aux fins de la police, 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 de la police, 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).

« Paralysie cérébrale » s'entend d'un trouble neurologique non progressif touchant le cerveau en développement. Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par un spécialiste avant l'âge de 5 ans de la personne assurée. La maladie doit avoir causé des déficits moteurs permanents avec dysfonctionnement musculaire et restrictions d'activités.

« Cardiopathie congénitale » s'entend d'un diagnostic de l'une des neuf (9) conditions suivantes, posé par un spécialiste certifié pratiquant au Canada ou par un autre médecin approuvé par la compagnie. Le diagnostic doit être appuyé par des résultats d'imagerie cardiaque approuvés par la compagnie.

1. Coarctation de l'aorte
2. Anomalie d'Ebstein
3. Syndrome d'Eisenmenger
4. Tétralogie de Fallot
5. Transposition des gros vaisseaux

6. Tronc artériel commun
7. Anomalie totale du retour veineux
8. Atrésie pulmonaire
9. Atrésie tricuspidienn

Les cinq (5) conditions cardiaques congénitales suivantes sont également couvertes en vertu de la présente définition, mais uniquement si une chirurgie à cœur ouvert est effectuée pour corriger la déficience cardiaque congénitale.

1. Rétrécissement aortique
2. Sténose sous-aortique
3. Communication interauriculaire
4. Communication interventriculaire
5. Rétrécissement pulmonaire

Les interventions transcathéter percutanées et la valvuloplastie percutanée ne sont pas considérées comme des chirurgies à cœur ouvert aux termes de la présente définition.

Toutes les autres anomalies congénitales sont exclues.

« Fibrose kystique » s'entend d'un trouble génétique caractérisé par un transport anormal de chlorure et de sodium entraînant un dysfonctionnement des organes. Un spécialiste doit poser un diagnostic formel de fibrose kystique basé sur les tests acceptés du point de vue clinique au moment de la demande de règlement. La maladie doit causer des symptômes persistants touchant les poumons, le pancréas, le foie ou les intestins.

« Surdit » 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.

Le diagnostic de surdit

« Syndrome de Down » (trisomie 21) s'entend d'un diagnostic formel d'un syndrome de Down posé par un spécialiste et appuyé par la preuve chromosomique d'une trisomie 21.

« Insuffisance rénale » s'entend du diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

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

« Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe » s'entend du diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse pour lequel une greffe est médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition d'une « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise.

Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée au programme de greffe.

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

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

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

« **Dystrophie musculaire** » s'entend d'un trouble musculaire génétique causant un dysfonctionnement moteur. Un spécialiste doit poser un diagnostic formel de dystrophie musculaire basé sur les tests acceptés du point de vue clinique au moment de la demande de règlement. La maladie doit causer une faiblesse musculaire permanente évidente à l'examen clinique.

« **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.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

« **Spina bifida** » s'entend d'un diagnostic formel de myéломéningocèle, une anomalie congénitale causée par la fermeture incomplète de la colonne vertébrale, qui permet ainsi à la moelle épinière et à son enveloppe protectrice (les méninges) de traverser la peau. Les symptômes suivants doivent se manifester de façon minimale :

- hydrocéphalie;
- paralysie;
- dysfonctionnement intestinal; et
- dysfonctionnement vésical.

Le diagnostic de spina bifida doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable au titre de cette condition pour le spina bifida occulta.

« **Diabète de type 1** » s'entend d'un diagnostic formel de diabète de type 1 caractérisé par une carence absolue d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. La dépendance à l'insuline doit persister pour une période continue d'au moins trois mois.

Le diagnostic de diabète de type 1 doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Le diabète de type 2 est exclu, même si la maladie est traitée avec de l'insuline.

L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (Empire Vie) est une société fière d'être canadienne qui est en activité depuis 1923. Nous offrons 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., notre filiale en propriété exclusive.

L'Empire Vie se classe parmi les 10 principaux assureurs vie au Canada¹ et jouit de la note A (Excellent) que lui a attribuée la firme A.M. Best². Notre 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 Twitter avec l'identifiant @EmpireVie ou visitez notre site Web au www.empire.ca pour obtenir plus de détails.

¹ « Report on Business », Globe and Mail, juin 2018, selon le revenu.

² Le 7 juin 2018. 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**.

Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Assurance et placements – Avec simplicité, rapidité et facilité^{MD}

www.empire.ca info@empire.ca

GRP-1111-FR-11/18

