

DÉFINITIONS

Vous trouverez ci-dessous les définitions de certains termes utilisés dans votre contrat d'assurance maladies graves ÉquiVivre. Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir des clarifications, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle de l'Assurance vie Équitable du Canada au 1 800 668-4095.

- Bénéficiaire :** La bénéficiaire ou le bénéficiaire d'une prestation au titre de la maladie ou de l'affection couverte est la personne assurée, sauf indication contraire de la part de la titulaire ou du titulaire du contrat.
- Anniversaire de naissance :** L'anniversaire du jour auquel une personne est née qui exclut le jour où elle est née.
- Affection couverte :** Une affection couverte est une affection ou une maladie, un trouble ou une intervention chirurgicale, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves infantiles couvertes, les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce dans le présent contrat, et qui satisfait à toutes leurs exigences. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, dont la définition ne figure expressément pas parmi les définitions des affections graves infantiles couvertes, les définitions des affections graves couvertes ou les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, ne sont pas couverts en vertu du présent contrat. Aucune prestation au titre de la maladie ou de l'affection couverte ne sera versée pour une telle affection ou maladie, un tel trouble ou une telle intervention chirurgicale.
- Prestation au titre d'une affection couverte :** La prestation au titre d'une affection couverte s'entend de la prestation ÉquiVivre ou de la prestation de dépistage précoce.
- Compagnie :** Dans le présent contrat, les termes « nous », « notre », « nos », l'« Assurance vie Équitable » et la « Compagnie » s'entendent de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada et de son siège social situé à Waterloo, en Ontario, au Canada.
- Monnaie :** Tous les montants dus à la Compagnie et versés par la Compagnie en vertu de ce contrat sont en dollars canadiens.
- Date à laquelle le contrat entre en vigueur :** Pourvu que l'assurabilité de la personne assurée en vertu du présent contrat n'ait pas changé entre la date à laquelle la demande a été signée par la personne assurée et la date à laquelle le contrat vous a été livré, la date à laquelle le contrat entre en vigueur signifie la dernière des dates suivantes :
- a) soit i) au Québec, la date à laquelle l'Assurance vie Équitable accepte le contrat d'assurance sans modification; ou ii) dans les provinces autres que le Québec, la date à laquelle le contrat d'assurance vous a été livré; et
 - b) la date à laquelle le montant total de la prime initiale du contrat a été payé à la Compagnie;
- Le présent contrat entre en vigueur à compter de la date qui correspond à la définition du terme « date à laquelle le contrat entre en vigueur ».
- Diagnostic (diagnostiquée) :** Le diagnostic de toute affection couverte, ou d'une recommandation d'une intervention chirurgicale visant à traiter toute affection couverte nécessitant une intervention chirurgicale, doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. En l'absence du spécialiste, une affection pourra être diagnostiquée par un autre médecin praticien compétent approuvé par notre Compagnie. La date du diagnostic est la date à laquelle la spécialiste ou le spécialiste pose le diagnostic de l'affection couverte. Le diagnostic posé doit être appuyé par une preuve médicale objective; et la date du diagnostic doit survenir pendant que le présent contrat est en vigueur.
- Date d'entrée en vigueur :** Signifie la date indiquée à la section intitulée « Particularités de l'assurance » du présent contrat et elle sert à déterminer les paiements de prime.
- Cette date sert également à déterminer les dates des anniversaires contractuels.
- Cette date peut être différente de la « date à laquelle le contrat entre en vigueur ».
- Date d'expiration (expiration) :** Si la somme assurée n'a pas été versée, le présent contrat prendra fin à la date indiquée dans la section intitulée « Particularités du contrat » du contrat qui correspond à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 75^e anniversaire de naissance de la personne assurée (voir également Résiliation du contrat).

DÉFINITIONS (suite)

Report de la date d'expiration :	<p>Si l'expiration du présent contrat survient pendant la période de survie de la personne assurée à la suite du diagnostic d'une affection ou d'une maladie couverte, ou encore d'une intervention chirurgicale pour une affection ou une maladie couverte, le présent contrat demeurera en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes :</p> <p>a) la date de décès de la personne assurée; ou</p> <p>b) la date à laquelle la prestation au titre de l'affection couverte de la personne assurée devient payable, si le présent contrat n'a pas pris fin en raison d'autres dispositions en vertu du contrat.</p> <p>Le report de la date d'expiration permet une couverture seulement pour l'affection couverte qui a occasionné le report de la date d'expiration. Le report de la date d'expiration ne s'applique à aucune autre affection couverte pouvant être diagnostiquée ou à propos de laquelle l'Assurance vie Équitable pourrait être informée, pendant la période de prolongation.</p>
Déficit neurologique :	<p>Les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste ou un spécialiste et peuvent comprendre, notamment une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.</p>
Titulaire :	<p>La titulaire ou le titulaire du présent contrat renvoie au titulaire indiqué à la section intitulée « Particularités du contrat ». Les termes « vous », « votre », « vos » et « titulaire » renvoient à la titulaire ou au titulaire du présent contrat. Il se peut que la titulaire ou le titulaire ne soit pas la personne assurée en vertu du présent contrat.</p>
Personne assurée :	<p>La personne assurée désigne la personne que nous avons convenu d'assurer en vertu du présent contrat et que l'on nomme « personne assurée » dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat. Il se peut que la personne assurée ne soit pas forcément la titulaire ou le titulaire du présent contrat.</p>
Contrat :	<p>Le terme « contrat » signifie le présent contrat d'assurance maladies graves ÉquiVivre.</p>
Anniversaire contractuel :	<p>Dans le présent contrat, les anniversaires contractuels sont déterminés chaque année, à compter de la date à laquelle le contrat est entré en vigueur au cours de la première année.</p>
Avenant :	<p>Un avenant est une garantie complémentaire demandée que nous avons établie, comme indiqué dans la section intitulée « Description des garanties ». Les conditions de tout avenant applicable au présent contrat sont indiquées dans les pages relatives à l'avenant jointes au présent contrat.</p>
Spécialiste :	<p>Une médecin ou un médecin qui détient un permis d'exercice au Canada, aux États-Unis ou dans toute autre région reconnue par l'Assurance vie Équitable, qui a reçu une formation médicale spécialisée en rapport avec la maladie ou l'affection grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. La spécialiste ou le spécialiste ne doit être ni le titulaire de contrat, ni la personne assurée, ni un membre de la famille lié par le sang ou une associée ou un associé de la titulaire ou du titulaire de contrat ou de la personne assurée.</p> <p>Le terme « spécialiste » inclut, entre autres, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste.</p> <p>Tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux exigences relatives à l'affection couverte doivent être faits par une professionnelle ou un professionnel de la santé qui n'est ni le titulaire de contrat, ni la personne assurée, ni un membre de la famille lié par le sang ou une associée ou un associé du titulaire de contrat ou de la personne assurée.</p>
Somme assurée :	<p>La somme assurée correspond au montant d'assurance maladies graves indiqué à la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat.</p>
Intervention chirurgicale :	<p>Le terme « intervention chirurgicale » renvoie au fait de subir une intervention chirurgicale, sur l'avis écrit d'une spécialiste ou d'un spécialiste pratiquant la médecine au Canada, aux États-Unis ou dans toute autre région reconnue par l'Assurance vie Équitable et dont la pratique se limite à la branche de la médecine reliée directement avec la maladie couverte en cause. L'intervention chirurgicale doit être effectuée par une spécialiste ou un spécialiste.</p>

DÉFINITIONS (suite)

Période de survie : Certaines affections couvertes exigent une période survie de 30 jours, comme indiqué dans leur définition. La période de survie s'entend de la période qui débute à la date d'établissement du diagnostic d'une affection ou d'une maladie couverte, ou encore à la date de l'intervention chirurgicale pour une affection ou une maladie couverte, et qui se termine 30 jours après la date d'établissement du diagnostic d'une affection ou d'une maladie couverte, ou encore après la date de l'intervention chirurgicale pour une affection ou une maladie couverte, sauf indication contraire précisée dans la définition de l'affection ou de la maladie couverte. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions de son cerveau. Dans le cas d'une cessation irréversible, aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable. Si la personne assurée est maintenue artificiellement en vie pendant la période de survie, la date de la cessation irréversible des fonctions cérébrales sera considérée comme étant la date de décès de la personne assurée. La cessation irréversible des fonctions cérébrales sera déterminée en fonction des critères médicaux généralement acceptés.

Aucun paiement de prime n'est requis pendant la période de survie. Si une prestation au titre d'une affection couverte devient payable, un montant équivalant aux primes payées pendant la période de survie sera ajouté au montant de la prestation au titre de l'affection couverte exigible.

Dans le cas des affections couvertes où aucune période de survie ne s'applique, la personne assurée doit être toujours en vie au moment où le diagnostic est établi.

PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE

Prestation ÉquiVivre

La prestation ÉquiVivre correspond à la somme assurée indiquée dans la section intitulée « Description des garanties » du présent contrat.

Si, pendant que le présent contrat est en vigueur, la personne assurée reçoit le diagnostic de l'une des affections graves couvertes, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes, ou reçoit le diagnostic de l'une des affections infantiles graves couvertes, selon la définition figurant parmi les définitions des affections infantiles graves couvertes, et est toujours en vie à la fin de toute période de survie suivant la date du diagnostic ou la date de l'intervention chirurgicale visant à traiter l'affection grave couverte ou l'affection infantile grave couverte, la prestation ÉquiVivre devient payable, sous réserve des restrictions et des exclusions applicables énoncées dans le présent contrat.

La prestation ÉquiVivre est payable à la personne assurée (ou à toute ou à tout autre bénéficiaire désigné), à condition que le présent contrat soit en vigueur le premier jour suivant la satisfaction de toutes les exigences relatives à l'affection grave couverte, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes ou la satisfaction de toutes les exigences relatives à l'affection infantile grave couverte, selon la définition figurant parmi les définitions des affections infantiles graves couvertes du présent contrat. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, qui ne sont pas expressément définis comme une affection grave couverte parmi les définitions des affections graves couvertes et qui ne sont pas expressément définis comme une affection infantile grave couverte parmi les définitions des affections infantiles graves couvertes du présent contrat, ne sont pas couverts et aucune prestation ÉquiVivre ne sera payable pour une telle affection ou maladie, un tel trouble ou une telle intervention chirurgicale.

La prestation ÉquiVivre n'est payable qu'une seule fois et pour une seule affection grave couverte ou une seule affection infantile grave couverte. Le présent contrat prend fin lorsque la prestation ÉquiVivre est versée, et ce, même si la personne assurée reçoit le diagnostic de plus d'une affection grave couverte ou de plus d'une affection infantile grave couverte. Le versement de la prestation ÉquiVivre représente la totalité des obligations à l'égard de toutes les demandes de prestation, des couvertures d'assurance, des avenants et des prestations en vertu du présent contrat. La prestation ÉquiVivre est versée sous réserve des exclusions énoncées dans la section des définitions des affections graves couvertes, des définitions des affections infantiles graves couvertes; des exclusions et des restrictions énoncées dans la section intitulée « Exclusions et restrictions » et des autres restrictions, conditions et exclusions dans le présent contrat.

Si le présent contrat est assorti d'un avenant de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration, la prestation ÉquiVivre payable correspondra au plus élevé des deux montants suivants : la somme assurée ou les primes admissibles au remboursement comme défini dans l'avenant.

Prestation de dépistage précoce :

Si, pendant que le présent contrat est en vigueur, la personne assurée reçoit le diagnostic de l'une des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce, et est toujours en vie à la fin de toute période de survie suivant la date du diagnostic ou la date de l'intervention chirurgicale visant à traiter l'affection couverte en vertu de la garantie de dépistage précoce, la prestation de dépistage précoce devient payable, sous réserve des restrictions et des exclusions applicables énoncées dans le présent contrat.

PRESTATIONS AU TITRE D'UNE AFFECTION COUVERTE (suite)

La prestation de dépistage précoce est payable à la personne assurée (ou à toute ou à tout autre bénéficiaire désigné), à condition que le présent contrat soit en vigueur le premier jour suivant la satisfaction de toutes les exigences relatives à l'affection grave couverte en vertu de la garantie de dépistage précoce, selon la définition figurant parmi les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce du présent contrat. Toute affection ou maladie, tout trouble ou toute intervention chirurgicale, qui ne sont pas expressément définis comme une affection grave couverte en vertu de la garantie de dépistage précoce figurant parmi les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce du présent contrat, ne sont pas couverts et aucune prestation de dépistage précoce ne sera payable pour une telle affection ou maladie, un tel trouble ou une telle intervention chirurgicale.

La prestation de dépistage précoce correspond au moindre des montants suivants :

- a) 15 % de la somme assurée alors en vigueur; ou
- b) 50 000 \$.

La prestation de dépistage précoce peut être versée à plusieurs reprises pendant toute la durée du présent contrat, mais ne sera versée qu'une seule fois pour chacune des affections couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce.

Tout versement en vertu de la garantie de dépistage précoce ne réduira pas la prime du contrat, la somme assurée ou toute prime à rembourser dans le cas d'un avenant de remboursement des primes.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS COUVERTES EN VERTU DE LA GARANTIE DE DÉPISTAGE PRÉCOCE

Voici une liste des définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce qui s'appliquent au présent contrat.

Dans les définitions suivantes : i) les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC); et ii) le terme « stade 0 selon la 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).

Angioplastie coronarienne :

Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par une spécialiste ou un spécialiste.

Cancer canalaire du sein :

Diagnostic formel de présence du carcinome in situ du sein.

Le diagnostic de cancer canalaire du sein doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent contrat.

Cancer précoce de la prostate :

Diagnostic formel de cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé sans nœuds lymphoïdes ni métastases.

Le diagnostic de cancer précoce de la prostate doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Aux fins du présent contrat, le terme « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent contrat.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS COUVERTES EN VERTU DE LA GARANTIE DE DÉPISTAGE PRÉCOCE (suite)**Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC :**

Diagnostic formel de tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes au stade 1 selon la classification de l'AJCC.

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

Aux fins du présent contrat, le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :

- de TSGI gastriques et de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm 5,0 mm² ou 50 par CFG; ou
- de TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm 5,0 mm² ou 50 par CFG.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent contrat.

Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 :

Diagnostic formel de tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par intervention chirurgicale uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur.

Le diagnostic de tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste et confirmé par biopsie.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent contrat.

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

Diagnostic formel de 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 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance.

Le diagnostic de cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1 doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent contrat.

Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai :

Diagnostic formel de leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes.

Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste et confirmé par des tests sanguins appropriés.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai dans le cas d'une lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS).

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent contrat.

Mélanome malin superficiel :

Diagnostic formel de mélanome malin de la peau au stade 1A ou 1B non ulcéré dans le derme et dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm.

Le diagnostic de mélanome malin superficiel doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du mélanome malin superficiel dans le cas d'un mélanome malin in situ.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS COUVERTES EN VERTU DE LA GARANTIE DE DÉPISTAGE PRÉCOCE (suite)

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent contrat.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS INFANTILES GRAVES COUVERTES

Voici une liste des définitions des affections infantiles graves couvertes qui s'appliquent au présent contrat.

La couverture pour les affections infantiles graves couvertes prend fin automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- a) la date du 25^e anniversaire de naissance de la personne assurée;
- b) la date de décès de la personne assurée; ou
- c) la date d'expiration du contrat.

Paralysie cérébrale :

Diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif caractérisé par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.

Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Cardiopathie congénitale :

a) Un diagnostic formel de l'une des affections cardiaques suivantes :

- Retour veineux anormal
- Tronc artériel commun
- Transposition des gros vaisseaux
- Tétralogie de Fallot
- Atrésie d'une valve cardiaque
- Syndrome d'Eisenmenger
- Coarctation de l'aorte
- Ventricule à double entrée
- Ventricule unique
- Hypoplasie du ventricule droit
- Hypoplasie du cœur gauche
- Maladie d'Ebstein
- Ventricule gauche à double issue

Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un cardiologue pédiatre qualifié et être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque.

OU

b) La pratique d'une chirurgie à cœur ouvert pour remédier à l'une des affections suivantes :

- Sténose pulmonaire
- Sténose aortique
- Sténose aortique sous-valvaire modérée
- Communication interventriculaire
- Communication interauriculaire

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. Le diagnostic doit être posé par une cardiologue ou un cardiologue pédiatre qualifié et être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque. La chirurgie doit être considérée comme nécessaire du point de vue médical et pratiquée par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la cardiopathie congénitale dans le cas des techniques à base de cathéter comme la valvuloplastie au ballonnet ou la fermeture percutanée de la communication interauriculaire. Toutes les autres cardiopathies congénitales sont exclues.

Fibrose kystique :

Diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Le diagnostic de fibrose kystique doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS INFANTILES GRAVES COUVERTES (suite)

Dystrophie musculaire :

Diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.

Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.

Diabète sucré de type 1 :

Diagnostic formel de diabète sucré de type 1 caractérisé par une insuffisance totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. Il doit y avoir une preuve de dépendance à l'insuline de la personne assurée pendant une période minimale de trois mois.

Le diagnostic du diabète sucré de type 1 doit être posé par un pédiatre ou un pédiatre ou un endocrinologue qualifié.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES

Voici une liste des définitions des affections graves couvertes qui s'appliquent au présent contrat.

Dans les définitions suivantes : i) les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC); ii) le terme « stade 0 selon la 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); et iii) le mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatry Res. 1975;12(3): 189.

Lésion cérébrale acquise :

Diagnostic formel de nouveaux dommages aux tissus du cerveau dus à une blessure traumatique, à une anoxie (absence d'oxygène) ou à une encéphalite et entraînant un ou plusieurs signes et des symptômes de déficience neurologique qui :

- sont présents et peuvent être constatés à l'examen clinique ou neuropsychologique;
- sont confirmés par des examens d'imagerie cérébrale comme une résonance magnétique du système nerveux (IRM) ou une tomodensitométrie (TDM) qui viennent corroborer la nature et la position des nouveaux dommages et le moment où ils sont survenus; et
- persistent pendant plus de 180 jours suivant la date du diagnostic.

Le diagnostic de lésion cérébrale acquise doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la lésion cérébrale acquise dans les cas suivants :

- anomalie cérébrale décelée à la scintigraphie, sans lien avec une détérioration clinique précise;
- signes neurologiques sans symptômes d'anomalie.

Chirurgie de l'aorte :

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.

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la chirurgie de l'aorte dans les cas suivants :

- angioplastie;
- intervention chirurgicale intra-artérielle;
- intervention transcathéter percutanée; ou
- intervention non chirurgicale.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)**Anémie aplastique :**

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 une spécialiste ou un spécialiste.

Méningite bactérienne :

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

Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour la méningite bactérienne dans le cas d'une méningite virale.

Tumeur cérébrale bénigne :

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 personne assurée doit avoir subi une intervention chirurgicale ou une radiothérapie, ou la tumeur doit avoir provoqué des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostiques montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux déficits neurologiques.

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

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la tumeur cérébrale bénigne dans le cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm de malformations vasculaires, de cholestéatomes ou de tumeurs infectieuses ou inflammatoires.

Période d'exclusion de 90 jours : aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable dans le cas d'une tumeur cérébrale bénigne ou de toute affection couverte, selon la définition présentée dans le présent contrat, contribuant à ou causée par tout type de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent contrat) si, dans les 90 jours suivant la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat, la personne assurée :

- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent contrat); ou
- a présenté un ou plusieurs signes, des symptômes, ou a subi des examens ou des investigations, ou des consultations médicales qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent contrat), sans égard à la date du diagnostic.

Obligation de déclaration : la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée doit donner un avis écrit à l'Assurance vie Équitable dans un délai de 180 jours si, suivant la dernière des dates suivantes : soit 90 jours suivant la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat, la personne assurée a reçu tout diagnostic ou a présenté un ou plusieurs signes, des symptômes, ou a subi des examens ou des investigations, ou des consultations médicales qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent contrat). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du présent contrat ne communique pas ces renseignements à l'Assurance vie Équitable, celle-ci se réserve le droit de refuser toute demande de prestation liée à une tumeur cérébrale bénigne ou à toute affection couverte causée par une tumeur cérébrale bénigne ou le traitement d'une tumeur cérébrale bénigne.

Le titulaire peut demander par écrit le maintien en vigueur du présent contrat, à condition que l'Assurance vie Équitable reçoive la demande écrite à son siège social de Waterloo, en Ontario, dans un délai de 30 jours suivant la date à laquelle l'Assurance vie Équitable confirme que la période d'exclusion de 90 jours pour une tumeur cérébrale bénigne et l'obligation de déclaration s'appliquent. À la réception de la demande écrite, l'Assurance vie Équitable pourra, en l'absence de fraude ou de fausse déclaration, maintenir le présent contrat en vigueur, à condition qu'aucune prestation au titre d'une affection couverte ne soit payable dans les cas suivants :

- diagnostic subséquent de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent contrat);
- affection couverte découlant directement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent contrat);
- affection couverte découlant directement du traitement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du présent contrat).

À défaut de réception de la demande écrite comme indiqué ci-dessus, le présent contrat prendra fin et l'Assurance vie Équitable remboursera toutes les primes payées au titre du présent contrat et aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)**Cécité :**

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

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

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par une spécialiste ou un spécialiste.

Cancer :

Diagnostic formel de tumeur maligne. La tumeur doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic de cancer doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un rapport de pathologie.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du cancer dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de non invasives, de précancéreuses, de potentiel malin faible ou incertain, à la limite de la malignité, un carcinome in situ, ou des tumeurs au stade Tis ou Ta;
- mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela comprend notamment le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- 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 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par intervention chirurgicale uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou
- thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Exclusion du cancer et obligation de déclaration : une période d'exclusion de 90 jours et l'obligation de déclaration s'appliquent à cette affection couverte. Veuillez consulter la section intitulée « Exclusions et restrictions » du présent contrat.

Coma :

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 une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du coma dans les cas suivants :

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

Pontage coronarien :

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.

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du pontage aortocoronarien dans les cas suivants :

- angioplastie;
- intervention chirurgicale intra-artérielle;
- intervention transcathéter percutanée; ou
- intervention non chirurgicale.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)**Surdité :**

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 une spécialiste ou un spécialiste.

Démence, y compris la maladie d'Alzheimer :

Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

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

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la démence pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) :

Diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque découlant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

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

Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) dans les cas suivants :

- changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement;
- autres syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- augmentation des biomarqueurs cardiaques ou symptômes découlant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque :

Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque dans les cas suivants :

- angioplastie;
- intervention chirurgicale intra-artérielle;
- intervention transcathéter percutanée; ou
- intervention non chirurgicale.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)**Insuffisance rénale :**

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 une spécialiste ou un spécialiste.

Perte d'autonomie :

Diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même :

- avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous;
- sur une période continue d'au moins 90 jours;
- sans espoir raisonnable de rétablissement; et

le diagnostic doit être posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par une ergothérapeute ou un ergothérapeute, ou encore une spécialiste ou un spécialiste exerçant une profession équivalente.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- se vêtir : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- se servir des toilettes : s'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et assurer son hygiène personnelle;
- être continent : gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se lever du lit, se coucher, s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et s'en lever;
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la perte d'autonomie dans le cas de l'incapacité d'une personne assurée à effectuer trois activités de la vie quotidienne en raison d'un retard dans la réalisation des étapes du développement. Pour être admissible à la prestation au titre de la perte d'autonomie, les activités de la vie quotidienne doivent être réalisées et maintenues et ensuite perdues en raison d'une maladie ou d'une blessure.

Perte de membres :

Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

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

Perte de l'usage de la parole :

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 une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la perte de l'usage de la parole dans le cas de toute cause psychiatrique.

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

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

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

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)**Grefe d'un organe vital :**

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. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la 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 une spécialiste ou un spécialiste.

Maladie du motoneurone :

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 une spécialiste ou un spécialiste.

Sclérose en plaques :

Diagnostic formel, suivant la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » ou la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat si cette date est postérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée 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 le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

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

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la sclérose en plaques dans les cas suivants :

- sclérose solitaire;
- syndrome clinique isolé;
- syndrome radiologique isolé;
- neuromyéélite optique; ou
- sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

Période d'exclusion d'un an : aucune prestation ne sera payable au titre de la sclérose en plaques si, dans l'année suivant la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » ou la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat si cette date est postérieure, la personne assurée :

- a présenté un ou plusieurs signes ou des symptômes, ou a subi des examens qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu du présent contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu du présent contrat).

Obligation de déclaration : les renseignements médicaux concernant le diagnostic de sclérose en plaques et un ou plusieurs signes, des symptômes, ou des investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, dans un délai de 180 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans ce délai, l'Assurance vie Équitable peut refuser toute demande de prestation liée à la sclérose en plaques ou à toute affection grave causée par la sclérose en plaques ou son traitement.

Infection à VIH contractée au travail :

Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) découlant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » ou la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat si cette date est ultérieure.

La prestation exigible au titre de l'infection à VIH contractée au travail ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; et

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

- 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 une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de l'infection à VIH contractée au travail dans les cas suivants :

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

Paralysie :

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 une spécialiste ou un spécialiste.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques :

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.

Le syndrome parkinsonien atypique est défini comme le diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

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

Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques dans le cas de tout autre type de parkinsonisme.

Période d'exclusion d'un an : aucune prestation ne sera payable au titre de la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques si, dans l'année suivant la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » ou la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat si cette date est postérieure, la personne assurée :

- a présenté un ou plusieurs signes ou des symptômes, ou a subi des investigations qui ont mené directement ou indirectement 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
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Obligation de déclaration : les renseignements médicaux concernant le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique et un ou plusieurs signes, des symptômes ou des investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assurance vie Équitable dans un délai de 180 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, la Compagnie se réserve le droit de refuser toute demande de réclamation portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou sur toute maladie ou affection couverte causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Brûlures graves :

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 une spécialiste ou un spécialiste.

Accident vasculaire cérébral :

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

DÉFINITIONS DES AFFECTIONS GRAVES COUVERTES (suite)

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

Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre l'accident vasculaire cérébral (AVC) dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- troubles ischémiques du système vestibulaire;
- mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Période d'exclusion de 90 jours pour un cancer et obligation de déclaration : Aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable dans le cas d'un cancer ou de toute affection couverte, selon la définition présentée dans le présent contrat, contribuant à ou causée par tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat) si, dans les 90 jours suivant la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat, la personne assurée :

- a) a reçu un diagnostic de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat); ou
- b) a présenté un ou plusieurs signes ou des symptômes, ou a subi des examens ou des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat), sans égard à la date du diagnostic.

La titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée doit donner un avis écrit au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, dans un délai de 180 jours si, suivant la dernière des dates suivantes : soit 90 jours suivant la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat, la personne assurée a reçu tout diagnostic ou a présenté un ou plusieurs signes ou des symptômes, ou a subi des examens ou des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du présent contrat ne communique pas ces renseignements à l'Assurance vie Équitable, celle-ci se réserve le droit de refuser toute demande de prestation liée à un cancer ou à toute affection couverte causée par un cancer ou le traitement d'un cancer.

Le titulaire peut demander par écrit le maintien en vigueur du présent contrat, à condition que l'Assurance vie Équitable reçoive la demande écrite à son siège social de Waterloo, en Ontario, dans un délai de 30 jours suivant la date à laquelle l'Assurance vie Équitable confirme que la période d'exclusion de 90 jours pour un cancer et l'obligation de déclaration s'appliquent. À la réception de la demande écrite, l'Assurance vie Équitable pourra, en l'absence de fraude ou de fausse déclaration, maintenir le contrat en vigueur, à condition qu'aucune prestation au titre d'une affection couverte ne soit payable dans les cas suivants :

- diagnostic subséquent de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat);
- affection couverte découlant directement d'un cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat); et
- affection couverte découlant directement du traitement d'un cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat).

À défaut de réception de la demande écrite comme indiqué ci-dessus, le présent contrat prendra fin et l'Assurance vie Équitable remboursera toutes les primes payées au titre du présent contrat et aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable.

Exclusions : En plus de toutes les exclusions énoncées dans le présent contrat, aucune prestation au titre d'une affection couverte ne sera versée si la personne assurée reçoit le diagnostic d'une affection couverte découlant directement ou indirectement d'une des causes suivantes :

- blessures que la personne assurée s'est infligées volontairement, quel que soit son état mental;
- guerre ou acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, actes d'hostilité des forces armées d'un pays ou d'organismes internationaux;
- absorption ou usage intentionnel par la personne assurée :
 - d'un médicament ou d'un narcotique d'ordonnance d'une façon non conforme aux instructions données par un médecin;
 - d'un médicament ou d'un narcotique qui peut légalement être vendu au Canada ou aux États-Unis sans ordonnance, d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant;
 - d'un médicament ou narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada ou aux États-Unis; ou
 - d'une substance toxique ou intoxicante, y compris l'inhalation de gaz ou d'émanations toxiques;

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS (suite)

- le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel; ou
- conduite d'un véhicule motorisé alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang.

Affection couverte à l'extérieur du Canada :

Si le diagnostic de l'une des affections couvertes a été posé ou que l'une d'elles est apparue à l'extérieur du Canada, la prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites:

- tous les dossiers médicaux de la personne assurée sont mis à la disposition et remis au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario; et
- les dossiers médicaux fournis démontrent de façon satisfaisante à l'Assurance vie Équitable que :
 - le même diagnostic aurait été posé si la maladie ou l'accident avait eu lieu au Canada;
 - un traitement immédiat aurait été prescrit selon les normes canadiennes;
 - le même traitement, impliquant l'intervention chirurgicale particulière, aurait été recommandé si le traitement avait eu lieu au Canada; et
- la personne assurée devra être soumise à un examen médical indépendant par une spécialiste ou un spécialiste désigné par l'Assurance vie Équitable si cette dernière en fait la demande. Dans le cas d'une intervention chirurgicale non urgente, ce type d'examen doit être effectué avant l'intervention chirurgicale.

PRIMES

Primes : Toutes les primes sont payées à l'Assurance vie Équitable et doivent être reçues à notre siège social à Waterloo, en Ontario.

Les primes sont payables au titre du présent contrat, pour la période indiquée dans le tableau des primes ou le tableau des frais du présent contrat. En bénéficiant d'une prime uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans comme type de prime, vos primes sont garanties pendant la durée de votre contrat. À l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 75^e anniversaire de naissance de la personne assurée, le paiement de la prime ne sera plus exigé et le présent contrat ainsi que toutes les couvertures d'assurance, les avenants et les prestations prendront fin.

Taxe sur la prime :

Les primes présentées dans le tableau des primes tiennent compte du montant retenu pour payer la taxe sur la prime. L'Assurance vie Équitable verse la taxe sur les primes aux gouvernements, pour vous.

Délai de grâce :

Un délai de grâce de 31 jours est accordé pour le paiement des primes de renouvellement. Pendant cette période, le présent contrat demeure en vigueur.

Si le paiement de la prime de renouvellement n'est pas effectué avant la fin du délai de grâce de 31 jours, le contrat tombera en déchéance et, par conséquent, la responsabilité de la Compagnie au titre du présent contrat prendra fin.

Si la personne assurée reçoit le diagnostic de l'une des affections couvertes pendant le délai de grâce et est toujours en vie à la fin de la période de survie applicable, la prestation au titre de l'affection couverte, une fois approuvée, devient payable moins les primes en souffrance. Si la personne assurée décède pendant le délai de grâce, la prestation en vertu de l'option de remboursement des primes au décès deviendra payable, le cas échéant, moins les primes en souffrance.

Remise en vigueur :

a) Si le présent contrat tombe en déchéance à la fin du délai de grâce parce que la prime exigible n'a pas été payée au début du délai de grâce, le présent contrat pourra être remis en vigueur moyennant le paiement de la prime en souffrance dans un délai supplémentaire de 30 jours suivant la fin du délai de grâce, mais seulement si la personne assurée en vertu du présent contrat est toujours en vie au moment où le paiement est effectué.

b) Si le présent contrat tombe en déchéance et qu'il n'est pas remis en vigueur en vertu du paragraphe a), vous pouvez demander la remise en vigueur du présent contrat dans les deux années qui suivent la déchéance du contrat.

Les exigences relatives à la remise en vigueur sont les suivantes :

- une preuve attestant de la bonne santé et de l'assurabilité de la personne assurée, jugées satisfaisantes par la Compagnie, et
- un paiement de toutes les primes payables avec intérêt (au taux que déterminera la Compagnie de temps à autre) à compter de la date de déchéance du présent contrat.

La date de la remise en vigueur correspondra à la date où toutes les exigences de remise en vigueur ci-dessus auront été satisfaites.

DROIT DE MODIFICATION

Vous avez l'option de changer votre contrat ÉquiVivre uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans, sans preuve d'assurabilité en un régime d'assurance maladies graves :

- couverture 20 paiements à vie, à condition qu'il soit offert, conformément aux règles administratives de la Compagnie alors en vigueur, à tout moment jusqu'à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 60^e anniversaire de naissance de la personne assurée inclusivement; ou
- couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans, à condition qu'il soit offert, conformément aux règles administratives de la Compagnie alors en vigueur, à tout moment jusqu'à l'anniversaire contractuel le plus rapproché du 54^e anniversaire de naissance de la personne assurée inclusivement.

Pour apporter une modification :

- a) votre avis doit être reçu par la Compagnie avant l'anniversaire contractuel le plus rapproché de l'anniversaire de naissance de la personne assurée;
- b) vous ne demandez aucune augmentation de la somme assurée; et
- c) le présent contrat est en vigueur au moment de la demande de modification et à la date d'entrée en vigueur de la modification.

Si le présent contrat est assorti d'un avenant de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration en vigueur au moment de la modification, toutes les primes remboursables qui ont été accumulées au titre de l'avenant seront transférées vers le nouveau régime seulement si le nouveau régime est assorti d'un avenant de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration. Les anniversaires contractuels seront réputés commencer à la date de la modification dans le but de calculer les anniversaires contractuels en vertu de l'avenant de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration.

Si le présent contrat est assorti d'un avenant de remboursement des primes au décès en vigueur au moment de la modification, toutes les primes remboursables qui ont été accumulées au titre de l'avenant seront transférées vers le nouveau régime seulement si le nouveau régime est assorti d'un avenant de remboursement des primes au décès.

Le régime d'assurance maladies graves modifié sera le régime d'assurance maladies graves applicable qui était offert à l'entrée en vigueur du présent contrat. Les taux de prime applicables au régime d'assurance maladies graves modifié seront les taux en vigueur au titre du régime en question à la date de modification, et ce, en fonction de l'âge de la personne assurée à son anniversaire de naissance le plus rapproché de la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance maladies graves modifié et pour la même catégorie de risques et le même statut tabagique que le présent contrat. Si le contrat modifié est un régime 20 paiements, la période de paiement de 20 ans commencera à la date de la modification.

RÉSILIATION

En plus de toutes les autres dispositions relatives à la résiliation ou à l'expiration figurant dans le présent contrat, votre contrat prendra fin au premier des événements suivants :

- a) la date de déchéance du contrat;
- b) la date à laquelle l'Assurance vie Équitable reçoit la demande d'annulation écrite de la titulaire ou du titulaire à son siège social à Waterloo, en Ontario;
- c) la date du versement de la prestation ÉquiVivre en vertu de contrat;
- d) la date du décès de la personne assurée; ou
- e) la date d'expiration du présent contrat, comme indiqué dans la section intitulée « Particularités du contrat » du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les dispositions générales qui s'appliquent à votre contrat ÉquiVivre.

Cession : La titulaire ou le titulaire peut céder le présent contrat dans la mesure permise par la loi. La cession ne constituera pas une obligation contractuelle pour l'Assurance vie Équitable tant que la Compagnie n'aura pas reçu la demande de cession, par écrit, à son siège social à Waterloo, en Ontario. L'Assurance vie Équitable n'est pas responsable de la validité juridique d'une cession.

Incontestabilité : En cas d'omission de divulguer un fait ou de la fausse déclaration d'un fait sur la proposition d'assurance, un rapport d'examen médical et toute autre déclaration ou réponse donnée comme preuve d'assurabilité, l'Assurance vie Équitable peut annuler le présent contrat, y compris tous les avenants.

Lorsque le présent contrat a été en vigueur pendant deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- a) la date à laquelle le contrat entre en vigueur;
 - b) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat,
- à l'exception d'une déclaration erronée de l'âge (décrite plus loin), la déclaration inexacte ou l'omission, sauf dans les cas de fraude, n'entraînera pas l'annulation du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Toute couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée qui est entrée en vigueur après la « date à laquelle le contrat entre en vigueur » sera considérée comme étant incontestable (sauf en cas de fraude), seulement après que la couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée aura été en vigueur pendant deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle la couverture d'assurance supplémentaire ou modifiée est entrée en vigueur;
- 2) la date de la dernière remise en vigueur du présent contrat.

Contrat sans participation :

Le présent contrat, et tous les avenants qui y sont annexés, est un contrat sans participation. Par conséquent, il ne donne pas droit aux participations ni à l'excédent à répartir de la Compagnie.

Déclaration erronée de l'âge :

Si la date de naissance de la personne assurée est erronée et qu'une prestation au titre d'une affection couverte est payable, le montant d'assurance correspondra à la prestation ÉquiVivre ou la prestation de dépistage précoce que la prime aurait souscrite si les primes avaient été calculées selon l'âge véritable.

Avis ou correspondance :

Les avis et la correspondance que la Compagnie doit vous transmettre seront communiqués par écrit et envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique. Les avis et la correspondance seront réputés avoir été reçus par vous le septième jour ouvrable suivant la date de mise à la poste ou de transmission.

Les avis et la correspondance de votre part devront être communiqués par écrit et envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur ou par courrier électronique (si aucune signature n'est requise) ou remis en personne et seront réputés reçus à la date de leur réception à notre siège social à Waterloo, en Ontario.

Preuve d'âge :

L'Assurance vie Équitable exige une preuve de la date de naissance de la personne assurée avant d'effectuer le versement de toute prestation payable en vertu du présent contrat.

Droit d'annulation :

Vous disposerez de 10 jours civils suivant la date de réception du présent contrat pour l'annuler, à condition que nous ayons reçu un avis écrit de votre part nous indiquant votre intention de l'annuler, et ce, dans ce délai de 10 jours. Si, pour une raison quelconque pendant ce délai, vous décidez d'annuler le présent contrat, toutes les primes payées seront remboursées à compter de la date à laquelle l'Assurance vie Équitable a reçu votre demande d'annulation à son siège social à Waterloo, en Ontario. Le présent contrat sera alors considéré comme nul depuis la date d'établissement.

Conformité avec la législation provinciale :

Si une ou plusieurs des modalités, dispositions ou conditions du présent contrat vont à l'encontre des lois de la province où résidait la personne assurée au moment de la proposition, la modalité, disposition ou condition en cause sera modifiée pour répondre aux exigences minimales de la loi.

Délai de prescription :

Toute action ou procédure intentée contre un assureur, ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du présent contrat, est absolument interdite, sauf si elle est intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre législation applicable.

DISPOSITIONS LÉGALES**Le contrat :**

La proposition d'assurance, le présent contrat, tous les avenants et tout document annexé au présent contrat au moment de son établissement, et toute modification qu'il a été convenu, par écrit, d'apporter au contrat après son établissement, constituent le contrat intégral. Aucune agente ou aucun agent n'a le pouvoir de modifier le contrat ou de renoncer à appliquer une ou l'autre des dispositions qu'il contient. L'Assurance vie Équitable fournira sur demande une copie de la proposition d'assurance du présent contrat à la titulaire ou au titulaire ou à la bénéficiaire ou au bénéficiaire du contrat.

Renonciation :

L'Assurance vie Équitable est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du contrat, en totalité ou en partie, sauf si la renonciation est clairement exprimée par écrit et signée par l'Assurance vie Équitable. (Si la loi sur les assurances qui régit le contrat ne comporte pas une telle condition, cette condition ne s'applique pas.)

Faits importants :

Les déclarations faites par la titulaire ou le titulaire ou par la personne assurée au moment de soumettre la proposition d'assurance en vue du contrat ne doivent pas être utilisées pour défendre une demande de réclamation ou pour annuler le contrat, sauf si elles figurent dans la proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse écrite donnée comme preuve d'assurabilité.

DISPOSITIONS LÉGALES (suite)

Avis et preuve de réclamation :	<p>La titulaire ou le titulaire, la personne assurée, une bénéficiaire ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de réclamation ou l'agente ou l'agent de l'un deux est tenu :</p> <ul style="list-style-type: none">a) de fournir un avis de réclamation écrit à l'Assurance vie Équitable :<ul style="list-style-type: none">i. soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario;ii. soit en le remettant à une conseillère ou un conseiller autorisé de l'Assurance vie Équitable dans la province, au plus tard 30 jours suivant la date à laquelle une demande de réclamation survient en vertu du contrat au titre d'une affection couverte;b) dans les 90 jours suivant la date à laquelle une demande de réclamation survient en vertu du contrat au titre d'une affection couverte, vous devez fournir au siège social de l'Assurance vie Équitable à Waterloo, en Ontario, une preuve de la survenance, dans la mesure du possible et compte tenu des circonstances, du début de l'affection couverte, une preuve attestant du droit de la requérante ou du requérant de toucher le paiement et une preuve qui confirme son âge et de l'âge de la bénéficiaire ou du bénéficiaire, s'il y a lieu; etc) de fournir, si nous l'exigeons, un certificat établissant de façon satisfaisante la cause et la nature de l'affection couverte pour laquelle vous présentez une demande de réclamation en vertu du contrat. <p>Défaut de fournir un avis ou une preuve : le défaut de donner l'avis de la réclamation ou de fournir une preuve de réclamation dans le délai prescrit ou requis par la présente disposition légale n'invalide pas la demande, si l'avis ou la preuve de réclamation est fournie dès qu'il est raisonnablement possible de la faire et, en aucun cas, plus d'un an après la date à laquelle une demande de réclamation survient en vertu du contrat, s'il est démontré qu'il était raisonnablement impossible de donner un avis ou de fournir une preuve dans le délai prescrit ou requis par cette disposition.</p>
Obligation de l'assureur de fournir les formulaires de preuve de réclamation :	<p>L'Assurance vie Équitable fournira les formulaires de preuve de réclamation dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de réclamation. Toutefois, lorsque la requérante ou le requérant n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il pourra soumettre la preuve de réclamation sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'affection grave donnant lieu à la demande.</p>
Droit d'examen :	<p>Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées en vertu du contrat, la requérante ou le requérant est tenu d'offrir à l'Assurance vie Équitable la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen médical quand et aussi souvent qu'il raisonnablement nécessaire pendant que la demande de réclamation en vertu du contrat est en cours.</p>
Délai de paiement des sommes :	<p>Toutes les sommes payables en vertu du contrat sont versées par l'Assurance vie Équitable dans les 60 jours suivant la réception de la preuve de réclamation par l'Assurance vie Équitable.</p>