

COMPRENDRE LES AFFECTIONS COUVERTES



équivivre

À PROPOS D'ASSURANCE VIE ÉQUITABLE DU CANADA



L'Assurance vie Équitable^{MD} est fière de compter parmi les compagnies mutuelles d'assurance vie les plus importantes au Canada. Nous œuvrons uniquement au Canada et nous sommes la propriété de nos titulaires de contrat avec participation et non d'actionnaires. Cela nous permet de nous concentrer sur la gestion de stratégies qui favorise une croissance à long terme prudente, la continuité et la stabilité.

Nous veillons à respecter nos engagements envers nos clients, c'est-à-dire leur offrir une valeur sûre et satisfaire leurs besoins en matière de protection d'assurance et d'accumulation de patrimoine, aujourd'hui comme demain. Voilà pourquoi, depuis 1920, les Canadiens se sont tournés vers l'Assurance vie Équitable pour protéger ce qui leur importe le plus.

L'Assurance vie Équitable est une compagnie stable et solide et sait maintenir son cap.

Le principe de la mutualité est un élément clé de notre proposition de valeur, de concert avec notre portefeuille de produits diversifié et notre service de premier ordre. Nous sommes une entreprise progressive, concurrentielle et fermement engagée à servir les intérêts de nos titulaires de contrat en leur offrant des stratégies à long terme qui favorisent la stabilité, la croissance et la rentabilité.

À PROPOS DE CE GUIDE

Les pages qui suivent présentent les renseignements généraux sur les affections couvertes en vertu du régime ÉquiVivre^{MD}. Le présent guide a pour but de vous aider à comprendre les affections couvertes et non couvertes en vertu d'un contrat ÉquiVivre. Sauf indication contraire dans le contrat, vous devez survivre pendant 30 jours suivant le diagnostic d'une affection couverte avant de pouvoir recevoir un versement de prestation. Même si l'Assurance vie Équitable a pris toutes les dispositions nécessaires pour garantir la précision des renseignements contenus dans le présent document, le contrat prévaut dans tous les cas.



Crise cardiaque	1
Accident vasculaire cérébral.....	1
Cancer (avec risque de décès).....	2
Anémie aplasique.....	3
Brûlures sévères.....	3
Cécité	3
Chirurgie coronarienne.....	3
Chirurgie de l'aorte	4
Coma	4
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente.....	4
Infection par le VIH contractée au travail.....	5
Insuffisance rénale	5
Maladie d'Alzheimer	6
Maladie de Parkinson	6
Maladie du neurone moteur	7
Méningite bactérienne.....	7
Paralysie.....	7
Perte de la parole.....	7
Perte de membres.....	7
Perte d'autonomie.....	8
Remplacement des valves du cœur	9
Sclérose en plaques.....	9
Surdité	9
Transplantation d'un organe vital	9
Tumeur cérébrale bénigne	10
Affections couvertes supplémentaires pour enfants.....	10
Diabète sucré de type 1	11
Dystrophie musculaire	11
Fibrose kystique	11
Maladie congénitale du cœur.....	12
Paralysie cérébrale.....	12
Affections couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce.....	13
Angioplastie coronaire.....	13
Cancer précoce de la prostate	13
Cancer canalaire du sein	13
Mélanome malin superficiel	13

Crise cardiaque

est définie comme « un diagnostic définitif de la mort (nécrose) d'une partie du muscle cardiaque causée par l'interruption de la circulation sanguine entraînant :

l'élévation ou la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux confirmant le diagnostic d'un infarctus du myocarde, et présentant au moins une des manifestations suivantes :

- des symptômes de crise cardiaque;
- de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

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

Exclusion : aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

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

La crise cardiaque (aussi connue sous le nom d'infarctus du myocarde) a lieu lors que le flux sanguin normal vers le cœur est interrompu par une artère bloquée ou un caillot causant la mort d'une partie du muscle cardiaque.

Le diagnostic d'une crise cardiaque est généralement confirmé par la détection d'une activité électrique anormale à la surface du cœur qu'on peut voir sur l'électrocardiogramme, et d'un niveau élevé de marqueurs biochimiques cardiaques provenant des tissus musculaires cardiaques endommagés.

Aucune prestation n'est versée si in ECG révèlent des changements suggérant une crise cardiaque antérieure.

Accident vasculaire cérébral

(AVC) est défini comme « un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, 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 trente (30) jours suivant la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'un accident vasculaire cérébral doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :

- accidents ischémiques transitoires; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment. »

Un accident cérébral vasculaire (ACV) survient qu'une partie du cerveau est endommagée de façon permanente par l'un des événements suivants :

- Il y a un saignement au cerveau (hémorragie);
- Une artère, responsable de l'irrigation au cerveau, est bloquée par un caillot sanguin (thrombose);
- Un caillot de sang provenant d'une autre partie du corps est acheminé au cerveau et bloque une artère du cerveau (embolie);

les séquelles neurologiques doivent durer plus de 30 jours. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) ne sont pas couverts.

Cancer (avec risque de décès)

est défini comme « un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion de tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation relative à cette affection ne sera payable pour les cancers suivants qui sont sans risque de décès à court terme :

- carcinome in situ; ou
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 millimètre et sans invasion de niveau de Clark IV ou V); ou
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; ou
- cancer de la prostate au niveau A (T1a ou T1b).

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet du contrat; ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur;

la personne assurée :

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

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement. »

Le cancer est une multiplication de cellules anormales ou malignes (cancéreuses), qui se répandent dans le corps et détruisent les tissus sains. Certains cancers ne mettent pas la vie du patient en danger et ne sont pas couverts en vertu de cette garantie. Cependant, si un cancer se propage à des tissus ou organes avoisinants ou qu'il progresse, la prestation ÉquiVivre sera versée.

Nota : votre contrat inclut une garantie de dépistage précoce qui prévoit une couverture limitée à trois cancers ne mettant pas la vie en danger, comme mentionné dans les définitions des affections graves couvertes en vertu de la Garantie de dépistage précoce.

Aucune prestation n'est versée en vertu du contrat, si la personne assurée reçoit un diagnostic du cancer ou présente des signes ou des symptômes, subit des examens ou a des consultations médicales dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'entrée en vigueur du contrat ou de sa remise en vigueur menant à un diagnostic du cancer.

Vous pouvez choisir de prolonger votre contrat sans la couverture relative au cancer ou à toute autre affection couverte résultant de tout cancer ou de son traitement.

Anémie aplasique	<p>est définie comme « un diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • stimulation de la moelle osseuse; • immunosuppresseurs; • greffe de la moelle osseuse. <p>Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste. »</p>	<p>L'anémie aplasique est un trouble de la moelle osseuse se manifestant par une baisse du taux d'hémoglobine et du nombre de globules rouges, de même que du nombre de globules blancs et de plaquettes. La prestation est versée si une transfusion sanguine est requise et l'un des traitements mentionnés est également requis.</p>
Brûlures sévères	<p>sont définies comme « un diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste ».</p>	<p>Seules les brûlures au troisième degré sont couvertes en vertu du contrat. Ce sont les brûlures les plus graves parce qu'elles affectent toutes les couches de la peau. Une prestation est payable pour de telles brûlures, à condition qu'elles couvrent au moins 20 % de la surface du corps.</p>
Cécité	<p>est définie comme « un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux (2) yeux mise en évidence par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux (2) yeux; ou • un champ visuel moins de 20 degrés dans les deux (2) yeux. <p>Le diagnostic de cécité doit être confirmé par une spécialiste ou un spécialiste ».</p>	<p>La cécité est la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux.</p>
Chirurgie coronarienne	<p>est définie comme « une chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire, ne couvre pas les interventions non chirurgicales, ou au moyen de cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction. Une ou un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. »</p>	<p>Une chirurgie coronarienne consiste en une chirurgie à cœur ouvert visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Seul le pontage coronarien est couvert. Aucune autre intervention visant à améliorer la circulation sanguine au cœur n'est couverte.</p> <p>Nota : votre contrat inclut une garantie de dépistage précoce qui prévoit une couverture limitée à l'angioplastie coronaire, comme mentionné dans les définitions des affections graves couvertes en vertu de la Garantie de dépistage précoce.</p>

Affections graves couvertes	Définition du contrat	Renseignements généraux
Chirurgie de l'aorte	<p>est définie comme « une intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite l'excision ou le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale et non ses ramifications. Une ou un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. »</p>	<p>L'aorte est le gros vaisseau sanguin venant du cœur qui alimente les artères moins importantes menant aux différents organes. Si l'aorte devient malade, elle s'affaiblit et peut se rompre. Lorsque cela se produit, elle doit être remplacée chirurgicalement par une greffe. La prestation est versée lorsque la chirurgie est effectuée.</p>
Coma	<p>est défini comme « un diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins quatre-vingt-seize (96) heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un coma médicalement provoqué; ou • un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue; ou • un diagnostic de mort cérébrale ». 	<p>Le coma est un état d'inconscience profonde duquel une personne ne peut être éveillée, même par des stimuli externes de forte intensité. L'état de coma doit se poursuivre pour une période continue de quatre-vingt-seize (96) heures et le score de Glasgow doit indiquer 4 ou moins. L'utilisation des systèmes de maintien doit être requise et le coma ne doit pas avoir été provoqué par la consommation de drogues ou d'alcool pour que les prestations soient versées.</p>
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente	<p>est définie comme « un diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis d'Amérique et qui effectue la forme de transplantation 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 à un tel programme de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. »</p>	<p>Dans certains cas, le cœur, les poumons, le foie, les reins ou la moelle osseuse sont endommagés au point de nécessiter une transplantation d'organe. Puisque la recherche d'un donneur compatible peut être un long processus, la personne assurée peut présenter une demande de réclamation dès qu'elle est inscrite à un programme de transplantation reconnu.</p>

Infection par le VIH contractée au travail

est définie comme « un 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'emploi 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 date de prise d'effet du **contrat** ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur.

La prestation relative à cette affection ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a) la blessure accidentelle doit être déclarée à l'assureur dans les quatorze (14) jours suivant l'accident;
- b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatorze (14) jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- c) une sérologie du VIH doit être effectuée entre quatre-vingt-dix (90) et cent quatre-vingts (180) jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis d'Amérique;
- e) la blessure accidentelle doit être déclarée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Le diagnostic d'infection par le VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable pour 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 est devenu disponible avant la blessure accidentelle; ou
- l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (notamment, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses). »

L'infection au VIH (virus du SIDA) peut être occasionnée par une exposition accidentelle au sang ou aux fluides corporels contaminés par le VIH dans le cadre de l'accomplissement de votre travail ou occupation. Dans le but de fournir des garanties raisonnables prouvant que l'infection au VIH était occasionnée par une exposition accidentelle au travail, certaines exigences afférentes au rapport et aux tests en laboratoire médical doivent être conformes.

Insuffisance rénale

est définie comme « un diagnostic définitif d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste. »

Il y a une perte fonctionnelle permanente des deux reins. La personne assurée doit subir des traitements réguliers par dialyse ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer

est définie comme « un diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau.

La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de huit heures au minimum. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques. »

La maladie d'Alzheimer est l'une des principales causes de démence. C'est une maladie progressive, dégénérative et irréversible du cerveau qui, avec le temps, entraîne la perte de mémoire et réduit la capacité de raisonnement et la coordination des mouvements.

La démence résultant d'autres affections du cerveau, d'affections psychiatriques, de consommation abusive de substances ou d'autres maladies physiques ne sont pas couvertes en vertu du contrat.

Maladie de Parkinson

est définie comme « un diagnostic définitif de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux (2) des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). La personne assurée doit avoir besoin d'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous. Le diagnostic de maladie de Parkinson doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Activités de la vie quotidienne :

- Prendre son bain - capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- Se vêtir - capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux.
- Faire sa toilette - capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle.
- Être continent - capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- Se mouvoir - capacité d'entrer et 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'équipement d'appoint.
- Se nourrir - capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout autre type de parkinsonisme. »

La maladie de Parkinson est une affection dégénérative évolutive du système nerveux central qui est caractérisé par la rigidité des muscles, des tremblements et un ralentissement des mouvements.

Maladie du neurone moteur

est définie comme « un diagnostic définitif d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies. Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par une ou un spécialiste. »

La maladie du neurone moteur est un trouble évolutif qui affecte le système nerveux central et cause l'affaiblissement et la détérioration des muscles. La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est le type le plus courant de la maladie, mieux connue sous le nom de maladie de Lou Gehrig.

Méningite bactérienne

est définie comme « un diagnostic définitif 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 quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans le cas d'une méningite virale. »

La méningite bactérienne est une inflammation du revêtement du cerveau et de la moelle épinière causée par une infection bactérienne. La prestation est versée à la condition que l'infection soit confirmée par une analyse de laboratoire et que le dommage neurologique présent dure pour une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours.

Paralysie

est définie comme « un diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste ».

La paralysie est la perte complète et permanente de l'usage d'au moins deux membres pendant une période continue d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours, qu'elle soit attribuable à un accident, une maladie ou une affection.

Perte de la parole

est définie comme « un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins cent quatre-vingts (180) jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour toute cause psychiatrique ».

Si la personne assurée est atteinte de la perte totale, permanente et irréversible de la parole en raison d'une blessure corporelle ou d'une affection pendant au moins cent quatre-vingts (180) jours, la garantie est alors payable.

Perte de membres

est définie comme « un diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux (2) membres ou plus 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 une spécialiste ou un spécialiste ».

Au moins deux membres sont amputés au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie.

Perte d'autonomie

est définie comme « un diagnostic définitif de :

- a) l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne; ou
- b) la déficience cognitive telle que définie ci-après; pour une période continue de plus de quatre-vingt-dix (90) jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.

Activités de la vie quotidienne :

- Prendre son bain - capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- Se vêtir - capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux.
- Faire sa toilette - capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle.
- Être continent - capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.
- Se mouvoir - capacité d'entrer et 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'équipement d'appoint.
- Se nourrir - capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés. »

La déficience cognitive est définie comme « la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière de huit (8) heures au minimum. L'établissement de la déficience cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides desdites déficiences. »

Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique. »

La perte d'autonomie signifie une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux activités de la vie quotidienne. Elle se traduit aussi par une détérioration mentale et la perte d'aptitude mentale suffisamment graves pour nécessiter une supervision continue d'un minimum de huit heures par jour.

Le diagnostic de la perte d'autonomie doit être confirmé pendant une période de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs.

Un trouble mental ou nerveux sans cause organique démontrable n'est pas couvert.

Dans le cas des régimes couvrant des enfants, la garantie pour perte d'autonomie ne s'applique qu'à partir de l'âge de 18 ans, date à laquelle la protection sera ajoutée automatiquement.

Affections graves couvertes	Définition du contrat	Renseignements généraux
Remplacement des valves du cœur	<p>est défini comme « le remplacement chirurgical de toute valve du cœur au moyen d'une valve naturelle ou mécanique. Une ou un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie.</p> <p>Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour la réparation d'une valve cardiaque. »</p>	<p>Lorsqu'une valve cardiaque est abîmée à un point tel qu'on ne peut plus la réparer, elle doit être remplacée chirurgicalement par une nouvelle valve cardiaque d'origine naturelle ou artificielle. Bien que le remplacement chirurgical d'une valve cardiaque soit couvert en vertu du contrat d'assurance, sa réparation chirurgicale ne l'est pas.</p>
Sclérose en plaques	<p>est définie comme « un diagnostic définitif d'au moins un des troubles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou • des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six (6) mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou • un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois. <p>Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. »</p>	<p>La sclérose en plaques est une maladie progressive du cerveau et de la moelle épinière comportant des symptômes et signes neurologiques multiples et variés. C'est pourquoi il peut être difficile de poser un diagnostic de SEP et celui-ci n'est habituellement confirmé qu'à l'aide de multiples tests.</p>
Surdité	<p>est définie comme « un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. »</p>	<p>La surdité est la perte totale et irréversible de l'ouïe dans les oreilles.</p>
Transplantation d'un organe vital	<p>est définie comme « un diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. »</p>	<p>Dans certains cas, le cœur, les poumons, le foie, les reins ou la moelle osseuse sont endommagés au point de nécessiter une transplantation d'organe. Une prestation sera versée si la personne assurée subit une greffe comme receveuse.</p>

**Tumeur
cérébrale
bénigne**

est définie comme « un diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement par chirurgie ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet du contrat; ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur;

la personne assurée :

- a présenté des signes, des symptômes ou a subi des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne sans égard à la date du diagnostic; ou
- a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

Vous devez rapporter cette information à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la Compagnie a le droit de refuser toute réclamation pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement. »

Une tumeur cérébrale bénigne est une tumeur non cancéreuse localisée au cerveau ou dans ses membranes protectrices (les méninges) aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse.

Aucune prestation n'est payable en vertu du contrat d'assurance si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'émission du contrat d'assurance ou sa remise en vigueur, il y a diagnostic d'une tumeur cérébrale bénigne ou que des signes, des symptômes ou des tests ou des consultations médicales mènent au diagnostic d'une tumeur cérébrale bénigne.

Vous pouvez choisir de prolonger votre contrat sans la couverture relative à une tumeur cérébrale bénigne ou à toute autre affection couverte résultant de toute tumeur cérébrale bénigne ou de son traitement.

AFFECTIONS COUVERTES SUPPLÉMENTAIRES CHEZ LES ENFANTS

Âge à l'établissement de 30 jours à 17 ans

Affections graves couvertes	Définition du contrat	Renseignements généraux
Diabète sucré de type 1	est défini comme « un diagnostic définitif de diabète sucré de type 1 caractérisé par une insuffisance totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. Le diagnostic doit être posé par un pédiatre ou un endocrinologue dûment autorisé, détenteur d'un permis de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada ou aux États-Unis, et la dépendance à l'insuline pendant au moins trois (3) mois doit être attestée. »	Le diabète sucré de type 1 provient de l'incapacité du pancréas à produire de l'insuline, entraînant ainsi une dépendance aux injections quotidiennes d'insuline pour survivre. L'insuline transporte le sucre (glucose) dans les cellules du corps où il se transforme en énergie. Sans l'insuline, le sucre reste dans le sang et produit une glycémie plus élevée que la normale, ce qui présente un danger pour le corps.
Dystrophie musculaire	est définie comme « un diagnostic définitif de dystrophie musculaire qui se manifeste par des anomalies neurologiques bien définies. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une électromyographie et d'une biopsie musculaire. »	La dystrophie musculaire est une affection héréditaire qui se manifeste par la dystrophie et l'affaiblissement progressifs des muscles.
Fibrose kystique	est définie comme « un diagnostic définitif de fibrose kystique qui se manifeste par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. »	La fibrose kystique est une maladie génétique qui provoque des sécrétions muqueuses anormalement épaisses, pouvant entraîner des problèmes respiratoires, une maladie pulmonaire, la malnutrition et des problèmes de croissance.

AFFECTIONS COUVERTES SUPPLÉMENTAIRES CHEZ LES ENFANTS (SUITE)

*Âge à l'établissement de 30 jours à 17 ans

Affections graves couvertes	Définition du contrat	Renseignements généraux
<p>Maladie congénitale du cœur</p>	<p>est définie comme « un diagnostic définitif des affections cardiaques suivantes :</p> <p>i) Les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement à la suite d'une période de survie de trente (30) jours suivant la date du diagnostic ou de la naissance, selon l'événement le plus récent. Le diagnostic doit être posé par un cardiologue pédiatre qualifié et être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • atrésie de toute valve cardiaque • coarctation de l'aorte • ventricule à double entrée • ventricule gauche à double issue • maladie d'Ebstein • syndrome d'Eisenmenger • hypoplasie du cœur gauche • hypoplasie du ventricule droit • ventricule unique • tétralogie de Fallot • retour veineux anormal • transposition des gros vaisseaux • tronc artériel commun <p>ii) Les affections suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée afin d'y remédier, à la suite d'une période de survie de trente (30) jours suivant la date du diagnostic ou de la naissance, selon l'événement le plus récent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sténose aortique • communication inter auriculaire • sténose aortique sous-valvaire modérée • sténose pulmonaire • communication inter ventriculaire <p>Le diagnostic doit être posé par un cardiologue pédiatre qualifié et être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque. La chirurgie doit être recommandée par un cardiologue pédiatre ou un cardiologue pédiatre dûment qualifié et effectuée par une chirurgienne cardiologue ou un chirurgien cardiologue au Canada ou aux États-Unis.</p> <p>Exclusions : les techniques à base de cathéter comme la valvuloplastie au ballonnet ou la fermeture percutanée de la communication interauriculaire sont expressément exclues. Toutes les autres cardiopathies congénitales sont exclues.</p>	<p>La maladie congénitale du cœur désigne un ensemble de malformations cardiaques présentes à la naissance, mais qu'un diagnostic ne pourrait révéler que plus tard durant l'enfance.</p> <p>Les maladies cardiaques couvertes si une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée sont de gravité diverse. Certains cas peuvent être moins graves ou même disparaître d'eux-mêmes lorsque l'enfant grandit. Seuls les cas traités par chirurgie sont couverts par l'assurance maladies graves.</p>
<p>Paralysie cérébrale</p>	<p>est définie comme « un diagnostic définitif d'un trouble neurologique non progressif caractérisé par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.</p>	<p>La paralysie cérébrale engendre des problèmes de coordination et de faiblesse des muscles causés par des lésions au cerveau.</p>

AFFECTIONS COUVERTES EN VERTU DE LA GARANTIE DE DÉPISTAGE PRÉCOCE

Affections graves couvertes	Définition du contrat	Renseignements généraux
Angioplastie coronaire	est définie comme « 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. La nécessité médicale de cette chirurgie doit être déterminée par un spécialiste ou un spécialiste. »	Lorsque le diagnostic est posé au début de la maladie, les quatre affections couvertes par la garantie de dépistage précoce sont facilement traitables et habituellement sans mettre la vie en danger.
Cancer canalaire du sein	est défini comme « la présence d'un carcinome canalaire in situ du sein dont le diagnostic a été confirmé par une biopsie. »	La prestation peut être versée à deux reprises au cours de la durée du contrat, mais une seule fois pour toute affection. La prestation correspond à 15 % du montant de la somme assurée alors en vigueur ou de 50 000 \$, selon la moindre des deux sommes.
Cancer précoce de la prostate	est défini comme « un cancer de la prostate qui a été diagnostiqué comme étant au stade T1a ou au stade T1b, selon le système de classification TNM ». »	Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :
Mélanome malin superficiel	est défini comme « un mélanome malin superficiel d'une profondeur de 1,0 millimètre ou moins. » Nota : l'exclusion relative au cancer ou aux autres affections connexes s'applique (voir cancer avec risque de décès).	<p>dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la date de prise d'effet du contrat; ou • la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur; <p>la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a présenté des signes, des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de ce contrat), sans égard à la date du diagnostic; • a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de ce contrat). <p>Vous devez rapporter ces renseignements médicaux à la Compagnie dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne les divulguez pas, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de réclamation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement. »</p> <p>Vous pouvez choisir de prolonger votre contrat sans la couverture relative au cancer ou à toute autre affection couverte résultant de tout cancer ou de son traitement.</p>

Seul un aperçu général de la garantie ÉquiVivre vous est présenté dans la présente brochure. Bien que les renseignements de la présente brochure se veuillent le plus à jour possible, le contrat prévaut dans TOUS les cas. En cas de divergence entre les renseignements du contrat et ceux figurant dans la présente brochure, le contrat prévaut.

Tout à fait pour moi.^{MD}

Depuis 1920, les Canadiens se sont tournés vers l'Assurance vie Équitable pour les aider à protéger ce qui compte le plus à leurs yeux. Nous travaillons de concert avec votre conseillère ou conseiller financier indépendant dans le but de vous offrir des solutions en matière d'assurance vie individuelle et d'épargne-retraite qui présentent un bon rapport qualité-prix et qui répondent à vos besoins – maintenant et pour les années à venir.

L'Assurance vie Équitable n'est pas une compagnie typique de services financiers. Nous possédons la connaissance, l'expérience et la compétence afin de trouver des solutions qui vous conviennent. Nous sommes sympathiques, attentionnés et toujours prêts à vous aider. Comme nous sommes la propriété de nos titulaires de contrat avec participation et non d'actionnaires, nous pouvons nous concentrer sur vos besoins et vous offrir un service personnalisé, une protection financière et la tranquillité d'esprit.



Assurance vie
Équitable du CanadaTM

One Westmount Road North
Waterloo (Ontario) N2J 4C7
Veuillez visiter notre site Web à l'adresse
www.equitable.ca/fr

^{MD} indique une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.