



Comprendre les affections couvertes



À propos l'Équitable



Comptant parmi les compagnies mutuelles d'assurance vie les plus importantes au Canada, l'Équitable^{MD} n'est pas motivée par la pression d'actionnaires reliée aux résultats trimestriels. Cela nous permet de nous concentrer sur les stratégies de gestion qui favorisent 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'Équitable pour protéger ce qui compte le plus à leurs yeux.

L'Équitable est une compagnie stable et solide et sait maintenir son cap. Nous détenons des revenus et des capitaux suffisants pour atteindre nos objectifs de croissance futurs et notre croissance évolue constamment. Notre croissance au chapitre des ventes a été influencée par notre capacité à mettre en œuvre notre plan stratégique, en accordant la priorité à nos produits, à notre service et à notre exécution. Notre succès financier est le fruit de notre engagement continu visant une croissance rentable et de notre capacité d'évoluer dans un cadre de réglementation et un contexte économique évolutifs.

Notre structure de mutuelle 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'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.

Table des matières

Affections graves couvertes	4
Lésion cérébrale acquise.....	4
Crise cardiaque	5
Accident vasculaire cérébral	6
Cancer (mettant la vie en danger)	7
Maladie d'Alzheimer	8
Chirurgie de l'aorte.....	9
Anémie aplastique	10
Méningite bactérienne.....	10
Tumeur cérébrale bénigne	11
Cécité.....	13
Coma	13
Pontage coronarien.....	14
Surdité	14
Remplacement d'une valvule cardiaque	15
Insuffisance rénale	15
Perte d'autonomie	16
Perte de membres	17
Perte de l'usage de la parole	17
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	18
Greffe d'un organe vital	18
Maladie du motoneurone	18
Sclérose en plaques.....	19
Infection à VIH contractée au travail.....	20
Paralysie	22
Maladie de Parkinson ou syndromes parkinsoniens atypiques	22
Brûlures graves.....	23
Affections couvertes supplémentaires chez les enfants	24
Paralysie cérébrale.....	24
Cardiopathie congénitale.....	24
Fibrose kystique.....	26
Dystrophie musculaire.....	26
Diabète sucré de type 1	26
Affections couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce.....	27
Angioplastie coronarienne	27
Cancer canalaire du sein	27
Cancer précoce de la prostate	28
Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC	28
Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1.....	29
Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1	29
Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai	30
Mélanome malin superficiel.....	30



Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Lésion cérébrale acquise	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sont présents et peuvent être constatés à 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 30 jours suivant la date du diagnostic. <p>Le diagnostic de lésion cérébrale acquise doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable au titre de la lésion cérébrale acquise dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • anomalie cérébrale décelée à la scintigraphie, sans lien avec une détérioration clinique précise; • signes neurologiques sans symptômes d'anomalie. 	<p>Une lésion cérébrale acquise est une blessure au cerveau qui s'est produite après la naissance et n'est pas héréditaire, congénitale ou dégénérative. Les commotions légères pour lesquelles l'IRM ou la TDM ne révèle pas d'anomalie ne sont pas couvertes en vertu de cette garantie.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
<p>Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde)</p>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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 un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Aucune prestation n'est versée si in ECG révèlent des changements suggérant une crise cardiaque antérieure.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Accident vasculaire cérébral	<p>Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic d'un accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre l'accident vasculaire cérébral (AVC) dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Un accident vasculaire cérébral (AVC) survient lorsqu'une perte du flux sanguin se produit faisant en sorte qu'une partie du cerveau est endommagée de façon permanente par l'un des événements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). <p>Les séquelles de l'AVC dépendent de la partie du cerveau qui a subi des dommages et de l'étendue de ceux-ci et peuvent entraîner un déficit neurologique. Le déficit neurologique doit durer pendant plus de 30 jours consécutifs. Les mini-AVC qui ne produisent pas de déficit neurologique persistant ne sont pas couverts.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Cancer	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un rapport de pathologie.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du cancer dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; 	<p>Le cancer se caractérise par une croissance cellulaire anormale ou maligne (cancéreuse) qui se propage dans le corps et détruit les tissus en santé. Certains cancers ne sont pas considérés comme mettant la vie en danger; ils ne sont pas couverts par cette garantie. Toutefois, si un cancer se propage aux tissus ou aux organes environnants, ou s'il progresse, la prestation ÉquiVivre sera versée.</p> <p>Remarque : votre contrat comporte une garantie de dépistage précoce qui prévoit une couverture limitée pour sept cancers ne mettant pas la vie en danger en vertu des affections couvertes par la garantie de dépistage précoce.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Cancer (suite)	<ul style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>	
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	<p>Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>La démence est une maladie neurodégénérative progressive caractérisée par un déficit dans la capacité de se souvenir, de penser ou de prendre des décisions à un point tel qu'il perturbe les activités quotidiennes et de la vie sociale. La maladie d'Alzheimer est le type de démence le plus courant.</p> <p>D'autres affections qui causent des symptômes s'apparentant à la démence ne sont pas couvertes en vertu de cette garantie.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer (suite)	<p>La personne assurée doit présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Le diagnostic de démence doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la démence pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.</p>	
Chirurgie de l'aorte	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la chirurgie de l'aorte dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • angioplastie; • intervention chirurgicale intra-artérielle; • intervention transcathéter percutanée; ou • intervention non chirurgicale. 	<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.</p> <p>La prestation est versée lorsque la chirurgie est effectuée.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Anémie aplastique	<p>Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie 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 moelle osseuse. <p>Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>	<p>L'anémie aplastique 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.</p> <p>La prestation est versée si une transfusion sanguine est requise et l'un des traitements mentionnés est également requis.</p>
Méningite bactérienne	<p>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.</p> <p>La méningite bactérienne doit provoquer des déficits neurologiques objectifs qui persistent pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.</p> <p>Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusion : aucune prestation ne sera payable pour la méningite bactérienne dans le cas d'une méningite virale.</p>	<p>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 90 jours.</p> <p>La méningite virale n'est pas une affection couverte.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
<p>Tumeur cérébrale bénigne</p>	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>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.</p> <p>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 contrat, contribuant à ou causée par tout type de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du contrat) si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du contrat ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du contrat, la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du 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 contrat), sans égard à la date du diagnostic. 	<p>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. La prestation est versée lorsque la tumeur ou son traitement est causé par un déficit neurologique.</p> <p>Aucune prestation n'est payable en vertu du contrat d'assurance si, dans les 90 jours suivant l'établissement 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.</p> <p>Si la date du diagnostic tombe dans la période d'exclusion de 90 jours et que vous nous avisez dans les 180 jours suivant la date du diagnostic, vous pouvez choisir de conserver la couverture pour toutes les autres affections couvertes.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
<p>Tumeur cérébrale bénigne (suite)</p>	<p>Obligation de déclaration : la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée doit donner un avis écrit à l'Équitable dans un délai de 180 jours si, suivant la dernière des dates suivantes : soit 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du contrat ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du 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 contrat). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du contrat ne communique pas ces renseignements à l'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.</p> <p>Le titulaire peut demander par écrit le maintien en vigueur du contrat, à condition que l'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'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'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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostic subséquent de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du contrat); • affection couverte découlant directement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du contrat); • affection couverte découlant directement du traitement d'une tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non en vertu du contrat). <p>À défaut de réception de la demande écrite comme indiqué ci-dessus, le contrat prendra fin et l'Équitable remboursera toutes les primes payées au titre du contrat et aucune prestation au titre de l'affection couverte ne sera payable.</p>	

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Cécité	<p>Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <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 vue des deux yeux.</p>
Coma	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de coma doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du coma dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<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 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 la prestation soit versée.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Pontage coronarien	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du pontage aortocoronarien dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • angioplastie; • intervention chirurgicale intra-artérielle; • intervention transcathéter percutanée; ou • intervention non chirurgicale. 	<p>Un pontage coronarien consiste en une intervention à cœur ouvert visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire.</p> <p>Aucune autre intervention visant à améliorer la circulation sanguine au cœur n'est couverte.</p> <p>Nota : votre contrat comprend la garantie de dépistage précoce qui prévoit une couverture limitée de l'angioplastie coronarienne, comme indiqué dans les définitions des affections graves couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce.</p>
Surdité	<p>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.</p> <p>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>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	<p>Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.</p> <p>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.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • angioplastie; • intervention chirurgicale intra-artérielle; • intervention transcathéter percutanée; ou • intervention non chirurgicale. 	<p>Lorsqu'une valvule cardiaque est abîmée à un point tel qu'on ne peut plus la réparer, elle doit être remplacée chirurgicalement par une nouvelle valvule cardiaque d'origine naturelle ou artificielle.</p>
Insuffisance rénale	<p>Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.</p>	<p>Il y a une perte fonctionnelle permanente des deux reins. La personne assurée doit subir des traitements réguliers par dialyse ou une greffe rénale.</p> <p>Une seule prestation sera versée au titre de l'insuffisance rénale et de la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Perte d'autonomie	<p>Diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>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.</p> <p>Les activités de la vie quotidienne sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Contrats pour enfants : 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 deux 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.</p>	<p>La perte d'autonomie signifie une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux activités de la vie quotidienne.</p> <p>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.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Perte de membres	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>	<p>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.</p>
Perte de l'usage de la parole	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusion : aucune prestation ne sera payable au titre de la perte de l'usage de la parole dans le cas de toute cause psychiatrique.</p>	<p>Si vous subissez la perte totale, permanente et irréversible de l'usage de la parole en raison d'une blessure physique ou d'une maladie qui a persisté pendant au moins 180 jours consécutifs, la prestation est alors payable.</p>
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 à un point tel que la personne assurée doit subir une greffe d'organe. Puisque les recherches pour trouver un donneur compatible peut s'avérer un processus de longue haleine, la personne assurée peut effectuer une demande de réclamation dès qu'elle s'est inscrite dans un programme de greffe d'organes reconnu.</p> <p>Une seule prestation sera versée, soit pour la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, soit pour la greffe d'un organe vital, et non pour les deux.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Greffe d'un organe vital	<p>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.</p> <p>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 à un point tel que la personne assurée doit subir une greffe d'organe. Une prestation sera versée si la personne assurée subit une greffe comme receveuse.</p> <p>Une seule prestation sera versée, soit pour la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, soit pour la greffe d'un organe vital, et non pour les deux.</p>
Maladie du motoneurone	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>	<p>Les maladies de motoneurone sont un groupe de troubles neurologiques évolutifs, qui se produisent lorsque certaines des cellules nerveuses se dégénèrent et meurent, causant les l'affaiblissement et la détérioration des muscles. La forme la plus courante est la sclérose latérale amyotrophique (SLA).</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Sclérose en plaques	<p>Diagnostic formel, suivant la date d'entrée en vigueur ou la date de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, d'au moins une des manifestations suivantes :</p> <p>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;</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la sclérose en plaques dans les cas suivants :</p> <p>Sclérose solitaire;</p> <ul style="list-style-type: none"> • syndrome clinique isolé; • syndrome radiologique isolé; • neuromyéélite optique; ou • sclérose en plaques soupçonnée ou probable. 	<p>La sclérose en plaques (SEP) est une maladie évolutive 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> <p>Aucune prestation n'est payable en vertu du contrat s'il y a un diagnostic de sclérose en plaques ou un ou plusieurs signes, des symptômes ou des investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic de sclérose en plaques dans un délai d'un an suivant la date d'entrée en vigueur du contrat ou de la remise en vigueur d'un contrat.</p> <p>Si la date du diagnostic tombe dans la période d'exclusion d'un an et que vous nous avisez dans les 180 jours suivant la date du diagnostic, vous pouvez choisir de conserver la couverture pour toutes les autres affections couvertes.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Sclérose en plaques (suite)	<p>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 d'entrée en vigueur du contrat ou la date de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou • a reçu un diagnostic de sclérose en plaques (couverte ou non en vertu du contrat). <p>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'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'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.</p>	
Infection à VIH contractée au travail	<p>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.</p> <p>La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'entrée en vigueur du contrat ou la date de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est ultérieure.</p>	<p>L'infection à 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 emploi. Dans le but de fournir des garanties raisonnables prouvant que l'infection à VIH était occasionnée par une exposition accidentelle au travail, certaines exigences afférentes au rapport et aux tests en laboratoire médical doivent être conformes.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Infection à VIH contractée au travail (suite)	<p>La prestation exigible au titre de l'infection à VIH contractée au travail ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la blessure accidentelle doit être signalée au siège social de l'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 • 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. <p>Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de l'infection à VIH contractée au travail dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Paralysie	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>	<p>La paralysie est la perte complète et permanente de l'usage d'au moins deux membres pendant une période continue d'au moins 90 jours, qu'elle soit attribuable à un accident, une maladie ou une affection.</p>
Maladie de Parkinson ou syndromes parkinsoniens atypiques	<p>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.</p> <p>Le syndrome parkinsonien atypique est défini comme le diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.</p> <p>Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue ou un neurologue.</p> <p>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.</p>	<p>La maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques est une affection dégénérative évolutive du système nerveux central qui est caractérisée par la rigidité des muscles, des tremblements et un ralentissement des mouvements.</p> <p>Si la date du diagnostic tombe dans la période d'exclusion d'un an et que vous nous avisez dans les 180 jours suivant la date du diagnostic, vous pouvez choisir de conserver la couverture pour toutes les autres affections couvertes.</p>

Affections graves couvertes

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Maladie de Parkinson ou syndromes parkinsoniens atypiques (suite)	<p>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 d'entrée en vigueur du contrat ou la date de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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'Équitable dans un délai de 180 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis, l'Équitable 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.</p>	<p>La maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques est une affection dégénérative évolutive du système nerveux central qui est caractérisée par la rigidité des muscles, des tremblements et un ralentissement des mouvements.</p> <p>Si la date du diagnostic tombe dans la période d'exclusion d'un an et que vous nous avisez dans les 180 jours suivant la date du diagnostic, vous pouvez choisir de conserver la couverture pour toutes les autres affections couvertes.</p>
Brûlures graves	<p>Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.</p> <p>Le diagnostic de brûlures graves 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.</p> <p>La couverture est fournie si la personne assurée à des brûlures au troisième degré couvrant au moins 20 % de la surface du corps.</p>



Affections couvertes supplémentaires chez les enfants (âge à l'établissement de 30 jours à 17 ans)

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Paralysie cérébrale	<p>Diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif caractérisé par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.</p> <p>Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>	<p>La paralysie cérébrale engendre des problèmes de coordination et de faiblesse des muscles causés par des lésions au cerveau.</p>
Cardiopathie congénitale	<p>a) Un diagnostic formel de l'une des affections cardiaques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<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>La personne assurée doit recevoir le diagnostic de l'une des 13 affections indiquées ou subir une chirurgie à cœur ouvert pour l'une des cinq cardiopathies indiquées.</p>

Affections couvertes supplémentaires chez les enfants

	Définition du contrat	Renseignements généraux
<p>Cardiopathie congénitale</p>	<p>Hypoplasie du ventricule droit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypoplasie du cœur gauche • Maladie d'Ebstein • Ventricule gauche à double issue <p>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.</p> <p>OU</p> <p>b) La pratique d'une chirurgie à cœur ouvert pour remédier à l'une des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sténose pulmonaire • Sténose aortique • Sténose aortique sous-valvaire modérée • Communication interventriculaire • Communication interauriculaire <p>Une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale s'applique. Le diagnostic doit être posé par un 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 un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>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.</p>	

Affections couvertes supplémentaires chez les enfants

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Fibrose kystique	<p>Diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.</p> <p>Le diagnostic de fibrose kystique doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.</p>	<p>La fibrose kystique est une maladie génétique qui touche les cellules qui produisent des sécrétions, la sueur et les fluides digestifs. Cela peut causer des dommages graves aux poumons, au système digestif et aux autres organes du corps.</p>
Dystrophie musculaire	<p>Diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par une électromyographie et une biopsie musculaire.</p> <p>Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste.</p>	<p>La dystrophie musculaire est une affection héréditaire qui se manifeste par la dystrophie et l'affaiblissement progressifs des muscles.</p>
Diabète sucré de type 1	<p>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.</p> <p>Le diagnostic du diabète sucré de type 1 doit être posé par une pédiatre ou un pédiatre ou un endocrinologue qualifié.</p>	<p>Le diabète sucré de type 1 est une maladie auto-immune qui entraîne la destruction des cellules pancréatiques qui produisent l'insuline. Cela cause la dépendance aux injections quotidiennes d'insuline.</p>



Affections couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Angioplastie coronarienne	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Ces huit affections couvertes en vertu de la garantie de dépistage précoce répondent très bien au traitement et ne mettent pas la vie en danger.</p> <p>Cette prestation peut être versée à plusieurs reprises pendant toute la durée du contrat, mais ne sera versée qu'une seule fois pour chaque affection couverte en vertu de la garantie de dépistage précoce. Cette prestation se limite à 15 % de la somme assurée actuelle jusqu'à concurrence de 50 000 \$. Tout paiement de la prestation de dépistage précoce ne réduira pas la sommes assurée ou la prime.</p>
Cancer canalaire du sein	<p>Diagnostic formel de présence du carcinome in situ du sein.</p> <p>Le diagnostic de cancer canalaire du sein doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.</p> <p>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 en vertu de la garantie de dépistage précoce.</p>	

Affections couvertes supplémentaires chez les

	Définition du contrat	Renseignements généraux
Cancer précoce de la prostate	<p>Diagnostic formel de cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, confirmé sans nœuds lymphoïdes ni métastases.</p> <p>Le diagnostic de cancer précoce de la prostate doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.</p> <p>Aux fins du 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.</p> <p>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 en vertu de la garantie de dépistage précoce.</p>	
Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC	<p>Diagnostic formel de tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) malignes au stade 1 selon la classification de l'AJCC.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

Affections couvertes supplémentaires chez les

	Définition du contrat	Renseignements généraux
<p>Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1</p>	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste et confirmé par biopsie.</p> <p>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.</p>	
<p>Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

Affections couvertes supplémentaires chez les

	Définition du contrat	Renseignements généraux
<p>Leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai</p>	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par des tests sanguins appropriés.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>	
<p>Mélanome malin superficiel</p>	<p>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.</p> <p>Le diagnostic de mélanome malin superficiel doit être posé par une spécialiste ou un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre du mélanome malin superficiel dans le cas d'un mélanome malin in situ.</p> <p>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 en vertu de la garantie de dépistage précoce.</p>	

Les renseignements suivants s'appliquent aux affections qui comportent la mention « Exclusion du cancer et obligation de déclaration » dans le cadre de la définition.

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 contrat, contribuant à ou causée par tout type de cancer (couvert ou non en vertu du contrat) si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du contrat ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du contrat, la personne assurée :

- a) a reçu un diagnostic de tout type de cancer (couvert ou non en vertu du 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 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'Équitable à Waterloo, en Ontario, dans un délai de 180 jours si, suivant la dernière des dates suivantes : soit 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du contrat ou 90 jours suivant la date de la dernière remise en vigueur du 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 contrat). Si la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne assurée en vertu du contrat ne communique pas ces renseignements à l'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 contrat, à condition que l'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'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'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 contrat);
- affection couverte découlant directement d'un cancer (couvert ou non en vertu du contrat); et
- affection couverte découlant directement du traitement d'un cancer (couvert ou non en vertu du contrat).

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

Renseignements généraux :

Aucune prestation n'est payable en vertu du contrat si un diagnostic de cancer est reçu ou si des signes, des symptômes, des tests ou des consultations ont mené à un diagnostic du cancer dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du contrat ou de la remise en vigueur du contrat.

Si la date du diagnostic tombe dans la période d'exclusion de 90 jours et que vous nous avisez dans les 180 jours suivant la date du diagnostic, vous pouvez choisir de conserver la couverture pour toutes les autres affections couvertes.

Seul un aperçu général du contrat ÉquiVivre est donné ici. Même si l'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. Si ces renseignements présentés diffèrent de ceux contenus dans le contrat, le contrat prévaut dans tous les cas.

À propos de l'Équitable

Chez l'Équitable, nous croyons en la force de travailler ensemble. Cela oriente notre façon de collaborer les uns avec les autres, la façon dont nous aidons nos clients et nos partenaires, et la façon dont nous soutenons les communautés où nous vivons et travaillons.

Ensemble, nous et nos partenaires de partout au Canada offrons des solutions en matière d'assurance individuelle, d'assurance collective et d'épargne-retraite. Ainsi, nous aidons nos clients à se protéger aujourd'hui tout en préparant demain.

Nous croyons que le monde est meilleur lorsque nous travaillons ensemble à bâtir une vie Équitable pour tous.



^{MC} et ^{MD} indiquent respectivement une marque de commerce et une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.