

Comprendre l'assurance contre la maladie grave



BMO Assurance vous protège
contre un éventail de troubles
médicaux graves.

Voyez les définitions à l'intérieur.

Prestation du vivant – Définitions des troubles médicaux couverts

Les définitions suivantes vous sont offertes pour vous aider à comprendre les troubles médicaux qui sont couverts en vertu de la gamme Prestation du vivant. En cas de divergence entre le présent libellé et celui de la police, le libellé de la police aura préséance.

Maladies graves couvertes

Délai de survie

Le délai de survie est la période qui commence à la date du diagnostic de maladie grave, et qui se termine 30 jours consécutifs après le diagnostic, à moins d'indication contraire dans la police. Certains troubles médicaux couverts ne comportent pas de délai de survie. Le délai de survie ne comprend pas le nombre de jours de maintien des fonctions vitales. Le versement de la prestation n'est pas fonction de l'incapacité de l'assuré à travailler.

Définition	Interprétation
<p>Chirurgie de l'aorte est définie comme l'intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme aorte s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte.</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste et effectuée par un spécialiste.</p> <p>La personne assurée doit respecter le délai de survie.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcatéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.</p>	<p>L'aorte est la grande artère qui achemine le sang pompé par le cœur dans la poitrine et qui s'étend jusqu'à l'abdomen. Le remplacement chirurgical des parties malades de l'aorte au moyen d'une greffe est couvert en vertu de la présente police. Toutes les procédures non chirurgicales sur l'aorte en sont exclues.</p>
<p>Anémie aplasique est définie comme le 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 un spécialiste.</p>	<p>L'anémie aplasique est l'incapacité de la moelle osseuse de produire des globules rouges, certains types de globules blancs et les plaquettes essentielles à la coagulation normale du sang. Cette condition entraîne l'anémie et augmente le risque d'infection et de saignements anormaux. Elle peut survenir rapidement ou graduellement à n'importe quel âge, et son traitement nécessite la transfusion d'un produit sanguin, des médicaments ainsi qu'une greffe de cellules souches.</p>
<p>Méningite bactérienne est définie comme le 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 90 jours suivant la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être confirmé par une analyse de laboratoire et doit être fait par un spécialiste.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans le cas d'une méningite virale.</p>	<p>La méningite bactérienne est une infection des membranes qui entourent le cerveau et la moelle épinière. Elle est causée par une variété de bactéries et nécessite un traitement par antibiotiques à l'hôpital. Une méningite bactérienne qui entraîne un déficit neurologique (par exemple, la surdité) persistant pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic est un trouble médical couvert.</p> <p>Une méningite attribuable à une infection virale est une condition beaucoup moins grave et n'est pas couverte en vertu de cette police.</p>

Définition	Interprétation
<p>Tumeur cérébrale bénigne est définie comme le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'établissement de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou • a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la police). <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.</p> <p>Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.</p>	<p>Des tumeurs cérébrales bénignes peuvent se développer dans la boîte crânienne, à l'extérieur du cerveau, ou dans les espaces normaux du cerveau lui-même. En général, elles progressent lentement et n'envahissent pas le tissu cérébral, mais elles peuvent entraîner de graves problèmes en raison de l'espace limité à l'intérieur de la boîte crânienne, ou en obstruant la circulation normale des liquides dans le cerveau. Aucune prestation n'est versée à moins qu'un traitement par chirurgie ou par radiation ne soit nécessaire, ou que la tumeur provoque un déficit neurologique irréversible.</p> <p>Les tumeurs bénignes de l'hypophyse d'un diamètre inférieur à 10 mm sont habituellement traitées au moyen de médicaments et ne sont pas couvertes en vertu de cette police.</p> <p>Dans le cas des tumeurs cérébrales malignes et des tumeurs malignes qui se sont développées ailleurs dans le corps et qui se sont étendues au cerveau, reportez-vous à la définition Cancer (mettant la vie en danger).</p>
<p>Cécité est définie comme le 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 yeux, ou • un champ visuel moins de 20 degrés dans les deux yeux. <p>Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste.</p>	<p>La cécité peut être causée par une blessure ou par une maladie de l'œil, du nerf optique, des voies optiques dans le cerveau et du cortex visuel lui-même. La définition de la cécité légale en vigueur au Canada est celle qui est utilisée au titre de la présente police. Les deux yeux doivent être irréversiblement atteints.</p>
<p>Cancer (mettant la vie en danger) est définie comme le diagnostic définitif d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical si, dans les 90 jours suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'établissement de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou • a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la police). <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.</p>	<p>La définition du cancer (mettant la vie en danger) englobe la plupart des tumeurs malignes, y compris les différents types de cancer, les lymphomes, les leucémies et les mélanomes.</p> <p>Les principales exclusions sont les cancers qui sont généralement considérés comme ne mettant pas la vie en danger et qui peuvent être facilement traités ainsi que les tumeurs bénignes, précancéreuses ou limites et les carcinomes in situ, c'est-à-dire les cancers non invasifs.</p>

Définition	Interprétation
<p>Cancer (mettant la vie en danger) (suite)</p> <p>Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta; • cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance; • tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance; • cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni 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 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance; • leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai; • tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC. <p>Aux fins de la police, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et 2 selon la classification de l'AJCC s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).</p> <p>Aux fins de la police, le terme classification de Rai s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).</p>	
<p>Coma est défini comme le 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 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant les 96 heures. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical 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 dans lequel la personne ne réagit pas de façon significative à une stimulation environnementale, comme la parole ou la douleur. La gravité du coma est évaluée au moyen de l'échelle de coma de Glasgow. Aucune prestation n'est payable à moins que le coma soit de niveau 4 ou moins et persiste pendant au moins 96 heures.</p> <p>Les exclusions comprennent le coma médical, le coma attribuable à l'absorption d'alcool ou de drogue et le coma attribuable à la mort cérébrale.</p>
<p>Pontage aortocoronarien est défini comme l'intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit respecter le délai de survie.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.</p>	<p>Les artères coronaires fournissent au cœur le sang dont il a besoin pour fonctionner. Les maladies aortocoronariennes peuvent causer un rétrécissement localisé de ces artères et ainsi restreindre l'apport de sang au cœur. Le pontage aortocoronarien utilise des greffes fabriquées à partir des veines ou des artères du patient afin de contourner ces rétrécissements et de rétablir l'apport de sang au cœur. Cette chirurgie est couverte en vertu de la présente police.</p> <p>Toutes les méthodes non chirurgicales de dilatation d'une artère coronaire, telles que l'insertion de sondes dans les artères des bras ou des jambes (angioplastie) sont exclues de la présente définition.</p>
<p>Surdité est définie comme le 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.</p>	<p>La surdité peut être causée par une blessure ou une maladie. Une surdité profonde correspond à un seuil d'audition de 90 décibels ou plus. Les deux oreilles doivent être atteintes.</p>

Définition	Interprétation
<p>Démence, y compris maladie d'Alzheimer <i>est définie comme</i> le diagnostic définitif de démence, caractérisée par 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); • 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>L'assuré 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 un spécialiste.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.</p> <p>Aux fins de la police, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975/12/3, 189.</p>	<p>La démence est une détérioration acquise et progressive des fonctions cognitives, comme la mémoire, la parole, l'orientation spatio-temporelle et la pensée abstraite. La présence et la progression de la démence peuvent être évaluées au moyen de tests normalisés tels que le mini-examen de l'état mental, et doivent être au moins modérément graves.</p> <p>La détérioration des fonctions cognitives attribuable à un délire aigu ou à une maladie psychiatrique telle que la schizophrénie est exclue.</p>
<p>Crise cardiaque (Infarctus du myocarde) <i>est définie comme</i> le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :</p> <p>L'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des symptômes de crise cardiaque, • nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde, ou • l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne. <p>Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit respecter le délai de survie.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q, ou • découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne respecte pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment. 	<p>Une crise cardiaque (infarctus du myocarde) signifie qu'une partie du muscle cardiaque est privé d'une irrigation sanguine adéquate pendant une période suffisamment longue pour entraîner la nécrose de cette partie du muscle. Elle est le plus souvent causée par l'obstruction d'une artère coronaire attribuable à une maladie aortocoronarienne ou à un caillot. Le muscle atteint libère des substances chimiques (enzymes cardiaques) qui peuvent être détectées par des tests sanguins et entraîne également de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG); les résultats de ces tests permettent de diagnostiquer la crise cardiaque. Avec le temps, le muscle nécrosé est remplacé par du tissu cicatriciel.</p> <p>Les interventions par cathéter dans les artères coronaires peuvent également provoquer une augmentation des enzymes cardiaques, mais à moins qu'un nouveau tracé électrocardiographique modifie le diagnostic de crise cardiaque, une telle augmentation ne constitue pas une preuve de crise cardiaque et est par conséquent exclue. La découverte accessoire de modifications à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur non détecté n'est pas couverte par la présente police.</p>

Définition	Interprétation
<p>Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque est définie comme l'intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit respecter le délai de survie.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.</p>	<p>Les quatre valves du cœur (tricuspide, pulmonaire, mitrale, aortique) contrôlent la circulation sanguine en provenance et à destination des principales cavités de pompage (ventricules) de droite et de gauche du cœur. Dans certains cas, il est possible de réparer les valves qui fuient au moyen d'une chirurgie, mais celles-ci doivent parfois être remplacées. Les valves dont le rétrécissement est trop important doivent être remplacées de façon chirurgicale par des valves mécaniques ou biologiques. Toutes ces chirurgies sont couvertes en vertu de la présente police.</p> <p>Les procédures non chirurgicales sur les valves cardiaques sont exclues de la couverture.</p>
<p>Insuffisance rénale est définie comme le diagnostic définitif du stade terminal 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 un spécialiste. La personne assurée doit respecter le délai de survie.</p>	<p>Une insuffisance rénale grave, chronique et irréversible doit être gérée au moyen de traitements réguliers par dialyse péritonéale, par hémodialyse, ou par une greffe rénale. Tous ces traitements de l'insuffisance rénale sont couverts en vertu de la présente police.</p>
<p>Perte d'autonomie est définie comme le diagnostic définitif d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Les activités de la vie quotidienne sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; • se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; • se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; • être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle; • se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; • se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels. 	<p>Pour vivre de façon autonome, nous devons accomplir chaque jour une variété d'activités, notamment : se laver, se vêtir, se servir des toilettes, être continent, se lever du lit et se coucher ou s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels, et se nourrir. La perte, confirmée par un médecin spécialiste, de la capacité d'effectuer au moins deux de ces activités sans l'aide d'une autre personne sur une période d'au moins 90 jours et sans espoir raisonnable de rétablissement, constitue une perte d'autonomie aux termes de la présente police.</p>
<p>Perte de membres est définie comme le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.</p>	<p>Qu'elle soit attribuable à une blessure accidentelle ou à une amputation délibérée nécessaire en raison d'une maladie, la perte de membres est définie comme l'amputation complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus du poignet ou de la cheville.</p>
<p>Perte de la parole est définie comme le 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 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical pour toute cause psychiatrique.</p>	<p>La perte de la parole est définie comme la perte totale et irréversible de la capacité d'exprimer des pensées et des idées au moyen de sons; elle peut être attribuable à une blessure ou à une maladie du cerveau ou du larynx.</p> <p>La perte de la parole accessoire à une maladie psychiatrique est exclue de la couverture.</p>

Définition	Interprétation
<p>Insuffisance irréversible d'un organe vital sur liste d'attente est définie comme le 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 l'insuffisance irréversible 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 d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.</p>	<p>L'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse diagnostiquée par un spécialiste peut être traitée au moyen du remplacement de l'organe atteint par un organe provenant d'un donneur. Un titulaire de police qui est inscrit comme receveur sur une liste d'attente auprès d'un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis d'Amérique est admissible à la prestation.</p> <p>En ce qui a trait au délai de survie, la date du diagnostic correspond à la date à laquelle le titulaire de police est inscrit à la liste d'attente pour la transplantation.</p>
<p>Transplantation d'un organe vital est définie comme le 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 d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.</p>	<p>L'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse peut être traitée au moyen du remplacement de l'organe atteint par un organe provenant d'un donneur. La chirurgie visant le remplacement de l'organe malade par un organe transplanté est couverte en vertu de la présente police.</p>
<p>Maladie du neurone moteur est définie comme le 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 un spécialiste.</p>	<p>Une maladie du neurone moteur peut se présenter sous différentes formes. Un diagnostic définitif par un spécialiste d'une des présentations cliniques indiquées est une condition médicale couverte.</p>
<p>Sclérose en plaques est définie comme le diagnostic définitif, d'au moins une (1) des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au moins deux (2) épisodes distincts, confirmés par une résonnance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, • des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six (6) mois, confirmées par une résonnance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, • un seul épisode, confirmé par plusieurs résonnances 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.</p>	<p>La sclérose en plaques est une inflammation chronique du cerveau ou de la moelle épinière qui peut se présenter sous différentes formes. Un diagnostic définitif par un spécialiste d'une des présentations cliniques indiquées est une condition médicale couverte.</p>

Définition	Interprétation
<p>Infection au VIH dans le cadre de l'occupation est définie comme le diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'établissement de la police ou la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur.</p> <p>La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :</p> <ol style="list-style-type: none"> la blessure accidentelle doit être rapportée à l'assureur dans les 14 jours suivant l'accident; une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif; une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis d'Amérique; la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis d'Amérique. <p>Le diagnostic d'Infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> la personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH; un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle; l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses). 	<p>L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peut être attribuable à l'exposition d'une personne (ambulancier, infirmier, technicien de laboratoire médical, dentiste, médecin, policier, etc.) au sang ou aux fluides corporels de personnes déjà atteintes du VIH dans le cadre de ses fonctions. La déclaration rapide d'une telle exposition dans le cadre de ses fonctions est requise pour s'assurer que toute infection subséquente par le VIH est attribuable à cette exposition et non pas à une utilisation de drogue ou à une transmission sexuelle.</p>
<p>Paralysie est définie comme le 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 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.</p>	<p>La perte complète des fonctions musculaires (paralysie) de deux membres ou plus doit persister pendant au moins 90 jours suivant la blessure ou la maladie causant la paralysie afin d'éliminer la possibilité d'une paralysie temporaire.</p>

Définition	Interprétation
<p>Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques</p> <p>Maladie de Parkinson <i>est définie comme</i> le diagnostic définitif 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rigidité musculaire; ou • tremblement de repos. <p>L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.</p> <p>Syndrome parkinsonien atypique est défini comme le diagnostic définitif 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.</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable en vertu de ce trouble médical pour tout autre type de parkinsonisme.</p> <p>Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques – Période d'exclusion</p> <p>Aucune prestation ne sera payable à titre de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la plus éloignée des dates suivantes, soit la date d'établissement de la police ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur de la police, l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou • a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme. <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Compagnie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.</p>	<p>La maladie de Parkinson primitive est le trouble neurodégénératif venant au deuxième rang en termes de fréquence, après la maladie d'Alzheimer, et son incidence dans la population augmente avec le vieillissement de celle-ci. Le ralentissement progressif des mouvements, la rigidité musculaire ou les tremblements de repos qui nuisent à la poursuite des activités quotidiennes sont des caractéristiques essentielles au diagnostic. La détérioration progressive d'une fonction pendant au moins un an en dépit d'un suivi médical approprié par un neurologue est une condition médicale couverte.</p> <p>Les syndromes parkinsoniens atypiques mentionnés dans les présentes définitions sont également des troubles médicaux couverts, mais la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques attribuables à toute autre cause, comme un médicament, sont exclus de la couverture.</p> <p>Les symptômes liés à la maladie de Parkinson ou à un syndrome parkinsonien atypique couvert ne sont pas admissibles à la prestation s'ils se manifestent au cours de la première année suivant l'établissement de la police, peu importe la date à laquelle le diagnostic est posé.</p>
<p>Brûlures sévères <i>sont définies comme</i> le 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 un spécialiste.</p>	<p>Les brûlures au troisième degré détruisent entièrement l'épaisseur de la peau; dans le cas des brûlures sévères définies, au moins 20 % de la surface totale du corps doit être brûlé à ce degré.</p>
<p>Accident vasculaire cérébral <i>est définie comme</i> le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, 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 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'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit respecter le délai de survie. Le délai de survie concorde avec la période d'admissibilité. 	<p>L'interruption de l'irrigation sanguine dans une artère qui apporte du sang à une partie du cerveau entraîne la nécrose (l'infarctissement) de cette partie du cerveau, ce qui peut provoquer un AVC clinique. Cette interruption peut être attribuable à un blocage dans une artère malade, à un caillot sanguin ayant une autre origine (habituellement le cœur) qui se déplace dans une artère cérébrale par la circulation sanguine, ou à une hémorragie résultant de la rupture d'une artère cérébrale.</p>

Définition	Interprétation
<p>Accident vasculaire cérébral (suite)</p> <p>Exclusions : Aucune prestation ne sera payable pour ce trouble médical dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • attaques ischémiques cérébrales transitoires, • accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, • infarctus lacunaire, lequel ne respecte pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment. 	<p>Selon la partie du cerveau qui est atteinte, de nouveaux symptômes et signes cliniques, tels que la faiblesse ou la paralysie des membres et une altération des sensations, de la parole ou de la vue peuvent se produire. Ces symptômes et signes constituent des déficits neurologiques. La confirmation, par un spécialiste, d'un infarctus cérébral sur les résultats d'une imagerie cérébrale et de déficits neurologiques persistant pendant plus de 30 jours après l'AVC est exigée pour que le diagnostic soit couvert par la présente police.</p> <p>Les AVC provoquant des déficits neurologiques qui persistent pendant moins de 30 jours et les événements attribuables à un trauma plutôt qu'à une maladie vasculaire sont exclus de la couverture.</p>

Troubles médicaux couverts au titre de dépistage précoce

Délai de survie

Le délai de survie est la période qui commence à la date du diagnostic de trouble médical couvert au titre du dépistage précoce, et qui se termine 30 jours consécutifs après le diagnostic, à moins d'indication contraire dans la police. Certains troubles médicaux couverts au titre de dépistage précoce ne comportent pas de délai de survie. Le délai de survie ne comprend pas le nombre de jours de maintien des fonctions vitales.

Définition	Interprétation
<p>Angioplastie coronarienne 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. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de l'angioplastie coronarienne. La personne assurée doit respecter le délai de survie.</p>	<p>Certains troubles médicaux exclus aux termes des définitions des maladies graves ci-dessus et détectés de manière précoce peuvent être couverts en vertu des dispositions visant les troubles médicaux détectés de manière précoce.</p> <p>En vertu de ces dispositions, certains cancers qui sont généralement considérés comme ne menaçant pas la vie, comme le carcinome canalaire in situ du sein, le cancer de la prostate au stade précoce, le cancer de la peau au stade précoce et la leucémie lymphoïde chronique, peuvent être couverts, de même que certains types de cancers inhabituels de l'intestin au stade précoce et certains cancers de la glande thyroïde au stade précoce.</p> <p>Les rétrécissements localisés d'une artère coronaire qui ne font pas l'objet d'un pontage chirurgical mais qui sont plutôt dilatés (angioplastie coronaire) au moyen d'un ballon fixé à l'extrémité d'une sonde insérée dans l'artère d'un bras ou d'une jambe sont couverts en vertu de ces dispositions.</p>
<p>Cancer du sein au stade précoce est définie comme un carcinome canalaire in situ au sein confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.</p>	
<p>Cancer de la prostate au stade précoce est définie comme un cancer de la prostate de stade pathologique T1A ou T1B, sans nœuds lymphoïdes ou métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.</p>	
<p>Cancer de la peau au stade précoce est définie comme un mélanome malin superficiel d'une profondeur de 1,0 millimètre ou moins à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.</p>	
<p>Cancer du sang au stade précoce est définie comme une leucémie lymphoïde à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai, confirmé par des tests sanguins appropriés et diagnostiqué par un spécialiste.</p>	
<p>Cancer intestinal au stade précoce est définie comme des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoides malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.</p>	
<p>Cancer de la thyroïde au stade précoce est définie comme un cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance confirmé par une biopsie et diagnostiqué par un spécialiste.</p>	

Définition	Interprétation
<p>Aux fins de la police, le terme classification de Rai s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).</p> <p>Aux fins de la police, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et 2 selon la classification de l'AJCC s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).</p> <p>Exclusions :</p> <p>Aucune prestation ne sera payable en vertu de la prestation de dépistage précoce si :</p> <p>Dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la date d'établissement de la police, ou • la date d'entrée en vigueur de la dernière remise en vigueur de la police, la personne assurée : • a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic d'un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce, sans égard à la date du diagnostic, • a fait l'objet d'un diagnostic de trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce. <p>Vous devez rapporter les renseignements médicaux précisés ci-dessus à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas ces renseignements, la compagnie a le droit de refuser toute demande de règlement pour un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou pour toute maladie grave causée par un trouble médical couvert en vertu de la prestation de dépistage précoce ou par son traitement.</p> <p>Un maximum de quatre prestations de dépistage précoce peut être payable au titre de la police et de toute police établie à la suite d'une transformation de celle-ci, sous réserve que chaque demande de règlement est présentée pour un trouble médical au titre de dépistage précoce distinct.</p> <p>Si la prestation de dépistage précoce est versée, les primes de la police au titre de la prestation d'assurance contre la maladie grave ne sont pas réduites.</p>	

REMARQUES : Veuillez lire votre police attentivement. Toute maladie ou tout trouble médical qui n'est pas spécifiquement défini à la section Troubles médicaux couverts de la police n'est pas couvert en vertu des dispositions de la garantie d'assurance contre la maladie grave ou des troubles médicaux détectés de manière précoce, et aucune prestation n'est payable. Le versement de la prestation n'est prévu que pour le premier trouble médical couvert défini en vertu des présentes dispositions qui survient. Le diagnostic d'un trouble couvert doit être posé par un spécialiste.

Un spécialiste est un médecin qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec le trouble médical couvert pour lequel la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Advenant l'absence ou la non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de BMO Assurance, un trouble médical peut être diagnostiqué par un médecin qualifié pratiquant tant au Canada qu'aux États-Unis d'Amérique.

Le terme spécialiste inclut, entre autres, tout : cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste ne peut pas être la personne assurée, le titulaire de la police, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire de la police ou de la personne assurée.

Connectez-vous

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les produits de BMO Assurance, appelez votre conseiller d'assurance au :



1-877-742-5244



bmoassurance.com/conseiller

BMO



Assurance

L'information contenue dans cette publication ne constitue qu'un résumé de nos produits et services. Elle peut fournir des valeurs prévues établies en fonction d'un ensemble d'hypothèses. Les résultats réels ne sont pas garantis et peuvent varier. Veuillez vous reporter au contrat de police d'assurance approprié pour en savoir plus sur les modalités, les avantages, les garanties, les restrictions et les exclusions. La police qui a été établie prévaut. Chaque titulaire de police a une situation financière qui lui est propre. Il doit donc obtenir des conseils fiscaux, comptables, juridiques ou autres sur la structure de son assurance, et les suivre s'il les juge appropriés à sa situation particulière. BMO Société d'assurance-vie n'offre pas de tels conseils à ses titulaires de police ni aux conseillers en assurance.

Assureur : BMO Société d'assurance-vie