



ASSURANCE FRAIS MÉDICAUX

EN CAS D'ACCIDENT ET DE MALADIE

Contrat d'assurance

L'ASSUREUR

Humania Assurance inc.

1555, rue Girouard Ouest, C. P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

Service à la clientèle : 1 800 773-8404

Courriel : clients@humania.ca

Site Internet : www.humania.ca

Nom du(des) titulaire(s) :

Nom de l'assuré (des assurés) :

Numéro de contrat :

Date de début du contrat :

Sommaire des protections

Assurance frais médicaux

PROTECTIONS

Ce contrat rembourse les frais médicaux couverts **sans dépasser dix mille dollars (10 000 \$)** pour la durée du contrat.

FRANCHISE

En cas de maladie, **une franchise de 50 \$** est le montant que vous devez payer de votre poche, par année de contrat, avant qu'Humania Assurance commence à vous rembourser.

FRAIS COUVERTS

Description des frais couverts	Indemnités	Maximums
Transport en ambulance <ul style="list-style-type: none">• Transport en ambulance jusqu'à l'hôpital le plus près	Illimité	
Hospitalisation <ul style="list-style-type: none">• Hospitalisation en chambre semi-privée dans un hôpital• Stationnement à l'hôpital	100 % Jusqu'à 25 \$/jour d'hospitalisation	
Maison de convalescence <ul style="list-style-type: none">• Maison de convalescence	Jusqu'à 100 \$/jour	60 jours par année de contrat
Professionnels de la santé <ul style="list-style-type: none">• Selon la liste des professionnels de la santé admis sur le contrat	Jusqu'à un maximum de 40 \$ par traitement	15 traitements par année de contrat
Infirmier(ère) <ul style="list-style-type: none">• Infirmier(ère) ou infirmier(ère) auxiliaire	Illimité	
Aide à domicile <ul style="list-style-type: none">• Fournisseur de services d'aide à domicile	Jusqu'à un maximum de 60 \$/jour	30 jours par année de contrat

Description des frais couverts	Indemnités	Maximums
Diagnostiques et frais de laboratoire		
• Services diagnostiques et frais de laboratoire	Jusqu'à un maximum de 1 000 \$	Par année de contrat
• Radiographies d'un chiropraticien	Jusqu'à un maximum de 40 \$	Par année de contrat
Prothèses initiales		
• Appareil auditif	Jusqu'à un maximum de 500 \$	1 par oreille
• Prothèse pour les yeux et membres artificiels	Illimité	1 par membre
• Prothèse capillaire	Jusqu'à un maximum de 250 \$	1 par cancer
• Prothèse mammaire	Jusqu'à un maximum de 200 \$	1 par sein
Orthèses et prothèses orthopédiques		
• Souliers orthopédiques	Jusqu'à un maximum de 200 \$	Par année de contrat
Fournitures médicales		
• Bas de soutien	Jusqu'à un maximum de 50 \$	Par année de contrat
• Plâtres, écharpes et bandes herniaires, supports pour les bras, les hanches, les jambes, et les côtes, corsets	Jusqu'à un maximum de 1 000 \$	Par année de contrat
• Achat de béquilles, d'une canne, d'une marchette, d'un fauteuil roulant manuel, d'un lit d'hôpital manuel	Illimité	
• Articles pour stomie	Illimité	
À la suite d'un accident seulement		
• Soins dentaires	500 \$ par dent	
• Frais médicaux hors Canada	Jusqu'à 10 000 \$	À vie pour la durée du contrat

Votre paiement mensuel payable le X de chaque mois est de :

X \$

Le montant de votre paiement est non garanti (voir la question 8 de votre contrat pour plus d'informations).

DATE DE DÉBUT DU CONTRAT : _____

Nous vous invitons à lire attentivement les annexes A - Informations sur votre demande d'assurance et B - Votre questionnaire d'assurabilité afin de vous assurer que les réponses sont exactes et complètes. Vous devez nous aviser de toute correction nécessaire. En cas de doute, communiquez avec Humania Assurance.

En remplissant votre demande d'assurance, vous déclarez que toutes les réponses sont exactes et complètes. Votre contrat est émis sur la foi des renseignements que vous nous transmettez et peut être annulé par Humania Assurance s'ils sont inexacts.

Introduction

Informations utiles pour la lecture de votre contrat

PARTIES DU CONTRAT

Les éléments suivants font tous partie de ce contrat d'assurance :

- Votre sommaire des protections
- Les différentes sections de votre contrat :
 - Introduction (cette page-ci)
 - Table des matières
 - Section A :
 - Assurance frais médicaux
 - Section B - Définitions
 - Section C - Conditions légales
 - Section D - Conditions générales
- Votre demande d'assurance :
 - Annexe A - Informations sur votre demande d'assurance
 - Annexe B - Votre questionnaire d'assurabilité

Le contrat d'assurance doit être lu comme un tout. Les clauses doivent donc être interprétées les unes par rapport aux autres, et ce, d'après le sens qui tient compte de l'ensemble du contrat.

TABLE DES MATIÈRES

Vous pouvez vous référer à la table des matières pour comprendre la structure de ce contrat et trouver une information en particulier.

DÉFINITIONS

Les mots et les expressions en italique sont expliqués à la section B de ce document.

EXEMPLES

Pour faciliter votre compréhension, vous trouverez plusieurs exemples dans le texte de ce contrat. Ils sont mis en évidence dans des encadrés. Attention ! Ces exemples sont des situations simplifiées pour aider à illustrer un principe d'assurance ; ils ne doivent donc pas être pris au pied de la lettre.

Table des matières

Section A - Assurance frais médicaux	7
Question 1 - Quels sont les <i>frais couverts</i> ?	7
Question 2 - Qu'est-ce qu'une <i>franchise</i> ?	10
Question 3 - Quelles sont les exclusions et les limitations?	10
Question 4 - Est-ce que je peux aussi être remboursé par un régime gouvernemental ou par un autre contrat d'assurance?	11
Question 5 - Quelle est la durée de protection de mon contrat?	12
Question 6 - À quel moment se termine mon contrat?	12
Question 7 - Comment effectuer mes <i>paiements</i> et qu'est-ce qui se passe en cas de retard de <i>paiement</i> ?	13
Question 8 - À quel moment le montant de mon <i>paiement</i> peut-il changer?	14
Question 9 - Qui fait quoi?	14
Question 10 - Comment faire une réclamation?	15
Section B - Définitions	16
Section C - Conditions légales	18
Section D - Conditions générales	20
Annexe A - Informations sur <i>votre</i> demande d'assurance	A1
Annexe B - <i>Votre</i> questionnaire d'assurabilité	B1

Section A

Assurance frais médicaux

Question 1 - Quels sont les *frais couverts*?

« *FRAIS COUVERTS* »

Votre contrat rembourse certains frais engagés sans dépasser 10 000 \$ à vie par assuré pour l'ensemble des *frais couverts*. Les *frais couverts* doivent être engagés pour un assuré.

Les *frais couverts* sont les suivants :

Transport en ambulance :

- Les frais de transport en ambulance jusqu'à l'*hôpital* le plus près, adapté à votre santé ; d'*hôpital* à *hôpital* ; et d'*hôpital* à votre résidence, si nécessaire.

Hospitalisation :

- Les frais d'une chambre semi-privée dans un *hôpital* ;
- Les frais de stationnement ou de transport jusqu'à un maximum de 25 \$ par jour d'*hospitalisation* de l'*assuré*.

Maison de convalescence :

- Les frais de séjour dans une *maison de convalescence* sur recommandation médicale, jusqu'à un maximum de 100 \$ par jour, pour une durée maximale de 60 jours par *année de contrat*.

Professionnels de la santé :

- Les frais d'honoraires des professionnels suivants : chiropraticien, orthophoniste, ostéopathe, psychologue, podiatre, physiothérapeute, naturopathe, acupuncteur, orthothérapeute, homéopathe, kinésithérapeute, sexologue, diététiste ou thérapeute de l'ouïe et de la parole, jusqu'à un maximum de 40 \$ par traitement, pour un maximum de 15 traitements par *année de contrat* pour l'ensemble de ces professionnels.

Le contrat d'assurance frais médicaux d'Alice débute le 1^{er} avril 2019.

Alice peut aller voir l'un ou l'autre des professionnels mentionnés ci-dessus, pour un maximum de 15 visites du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020.

À compter du 1^{er} avril 2020, un nouveau maximum de 15 visites recommence, et ces visites doivent être utilisées avant le jusqu'au 31 mars 2021.



Infirmier(ère) :

- Les frais d'un(e) infirmier(ère) ou d'un(e) infirmier(ère) auxiliaire, sur recommandation médicale.

Aide à domicile :

- Lorsque l'assuré est incapable d'accomplir deux des six activités de la vie quotidienne, les frais d'un fournisseur de services d'aide à domicile, sur recommandation médicale, à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, jusqu'à un maximum de 60 \$ par jour, pour une durée maximale de 30 jours par année de contrat.

Services diagnostiques et frais de laboratoire :

- Les frais de services diagnostiques et frais de laboratoire, sur recommandation médicale, à l'exception des frais de scanographie, de tomographie et de résonance magnétique, jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par année de contrat;
- Les frais de radiographie d'un chiropraticien jusqu'à un maximum de 40 \$ par année de contrat.

Prothèses initiales :

- Le coût d'un appareil auditif, jusqu'à un maximum de 500 \$;
- Le coût d'une prothèse pour les yeux et des membres artificiels;
- Le coût d'une prothèse capillaire rendue nécessaire par des traitements de chimiothérapie, jusqu'à un maximum de 250 \$;
- Le coût d'une prothèse mammaire, jusqu'à un maximum de 200 \$.

Orthèses et prothèses orthopédiques :

- Le coût de souliers orthopédiques, y compris les orthèses, les prothèses et les supports plantaires, sur recommandation médicale, jusqu'à un maximum de 200 \$ par année de contrat.

Fournitures sous recommandation médicale :

- Le coût de bas de soutien jusqu'à un maximum de 50 \$ par année de contrat;
- Le coût des plâtres, écharpes et bandes herniaires, des supports pour les bras, les hanches et les jambes, des supports pour les côtes et des corsets, à condition que ce soit essentiel pour le soutien de la colonne vertébrale, jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par année de contrat, pour l'ensemble de ces articles;
- Le coût de location ou d'achat, au choix d'Humania Assurance, de béquilles, d'une canne, d'une marchette, d'un fauteuil roulant manuel, d'un lit d'hôpital manuel;
- Le coût des articles pour stomie.

À la suite d'un accident seulement :

Pour être remboursés, les frais suivants doivent être rendus nécessaires en raison d'un accident.

Le contrat définit un accident comme :

- un événement survenant pendant la durée de votre contrat;
- dû à des causes externes, violentes, soudaines ou inattendues; et
- indépendant de votre volonté ou de toute action volontaire.

Les frais débutant plus de 90 jours après un accident ou se poursuivant au-delà de trois ans après un accident ne sont pas couverts.

Soins dentaires :

- Les honoraires d'un chirurgien-dentiste, pour réparer ou remplacer des dommages accidentels à des dents saines naturelles, jusqu'à un maximum de 500 \$ par dent.

Charles se casse trois dents lors d'un accident de moto. Avant son accident, deux dents étaient en bonne santé et la troisième avait eu un traitement de canal. La réparation des deux dents saines est considérée comme des frais couverts. Il pourrait obtenir un remboursement jusqu'à un maximum de 500 \$ par dent saine, soit un maximum de 1 000 \$.

Charles a une carie. La réparation de sa carie n'est pas considérée comme des frais couverts, puisque sa carie n'a pas été causée par un accident.



Frais médicaux hors Canada :

Les frais médicaux, chirurgicaux et hospitaliers engagés par l'assuré et nécessaires pour celui-ci à la suite d'un accident survenu à l'extérieur du Canada, au cours d'un séjour temporaire dont la durée n'excède pas 183 jours.

Monique glisse et tombe sur un plancher mouillé sur le bord de la piscine de son hôtel en formule tout compris dans le Sud. Elle consulte un médecin pour ses douleurs au dos liées à sa chute dans les 90 jours après son accident. Le coût de sa consultation avec un médecin fait partie des frais couverts.

Monique fait un faux mouvement en dansant la salsa dans un tout-inclus dans le Sud. Elle consulte un médecin pour ses douleurs au dos liées à ce faux mouvement. Le coût de sa consultation ne fait pas partie des frais couverts, puisque ses douleurs au dos n'ont pas été causées par un accident. Il ne s'agit pas d'un événement dû à des causes externes, violentes, soudaines ou inattendues et indépendant de sa volonté ou de toute action volontaire.



Question 2 - Qu'est-ce qu'une franchise?

« APPLICATION DE LA FRANCHISE »

La franchise est le montant que vous payez de votre poche, par année de contrat, avant qu'Humania Assurance commence à vous rembourser.

Exemple

Année de contrat : 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 | Franchise de 50 \$

TYPE DE FRAIS	DATE	MONTANT SOUMIS	FRANCHISE	MONTANT REMBOURSÉ
Chiro	12/05/2019	30 \$	30 \$	0 \$
Béquilles	15/03/2020	50 \$	20 \$	30 \$
Bas de soutien	23/03/2020	50 \$	0 \$	50 \$
Total			50 \$	80 \$

La franchise payée au cours des trois derniers mois d'une année de contrat sert à réduire la franchise de l'année de contrat suivante.

Question 3 - Quelles sont les exclusions et limitations ?

A - « EXCLUSIONS »

Aucun remboursement de frais n'est payable au cours ou qui résulte d'une période où l'assuré est incarcéré dans un pénitencier ou un établissement gouvernemental de détention ;

Aucun remboursement n'est payable pour des frais qui résultent :

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit sain d'esprit ou non ;
- d'un déplacement aérien sauf si l'assuré est un passager payant d'un transporteur public ;
- du service, comme combattant ou non-combattant, de forces armées engagées dans des opérations de surveillance, d'entraînement, de pacification, d'insurrection, de guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou de tout acte s'y rattachant ou de la participation de l'assuré à une manifestation populaire ;
- de la participation ou de la tentative de participation de l'assuré à un acte illégal ou criminel ;
- de la conduite par l'assuré d'un véhicule à moteur ou d'un bateau sous l'influence de stupéfiants ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale ;
- de toxicomanie, d'alcoolisme, d'abus d'alcool ou d'usage d'hallucinogènes, de drogues ou de stupéfiants ;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une intervention chirurgicale non requise par l'état de santé de l'assuré et de toute complication qui en découle ;
- de l'entraînement ou de la participation à des sports en tant que professionnel ou toute épreuve de vitesse motorisée ;
- d'une blessure résultant de la pratique de toute activité à risque élevé incluant, sans s'y limiter : le saut à l'élastique « bungee », le ski ou la planche à neige acrobatique, l'héliski ou l'hélicoptère, le saut à ski, le parachutisme, le vol libre, le « sky-surfing », la luge de rue, l'activité de skeleton, l'escalade de montagne ou de rocher avec ou sans cordes et la participation à des rodéos ou à des combats extrêmes ;

- de traitements expérimentaux et ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment;
- d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une fausse couche survenant au cours des neuf premiers mois du contrat;
- de soins, prothèses, orthèses ou fournitures prescrits ou offerts par un professionnel de la santé qui a un lien de parenté ou d'affaires avec l'assuré ou le titulaire;
- de soins, prothèses, orthèses ou fournitures pour permettre la pratique d'un sport;
- de frais dentaires autres qu'en cas d'accident;
- de frais engagés à l'extérieur du Canada autres qu'en cas d'accident.

B - « LIMITATIONS APPLICABLES AUX FRAIS COUVERTS À LA SUITE À D'UN ACCIDENT SEULEMENT »

Aucun remboursement de frais médicaux n'est payable :

- pour des frais engagés qui débutent plus de 90 jours après un accident ou qui se poursuivent au-delà des trois ans après l'accident;
- pour des frais engagés lors d'un séjour de plus de 183 jours à l'extérieur du Canada.

Question 4 - Est-ce que je peux aussi être remboursé par un régime gouvernemental ou par un autre contrat d'assurance ?

« LIMITATION EN CAS DE REMBOURSEMENT PAR D'AUTRES SOURCES (INTÉGRATION) »

Oui, vous pouvez être couvert par un régime gouvernemental ou par plus d'un contrat d'assurance. Dans ce cas, Humania Assurance paiera la portion des frais couverts qui ne vous ont pas été remboursés par d'autres sources.

Si vous n'êtes pas admissible à un régime gouvernemental d'assurance maladie au Canada, Humania Assurance ne remboursera aucun montant au-delà de ce qui vous aurait été facturé si vous aviez été admissible au régime gouvernemental.

Marie n'est plus couverte par l'assurance maladie de sa province. Elle est hospitalisée au Canada. Les frais de sa chambre semi-privée sont de 5 000 \$. Si elle avait été couverte par un régime provincial, les frais de sa chambre semi-privée auraient été de 600 \$. Humania Assurance lui rembourse 600 \$.



Question 5 - Quelle est la durée de protection de mon contrat ?

« DURÉE »

Tant que vous faites vos paiements, l'assuré est protégé jusqu'à la dernière journée précédant l'anniversaire du contrat suivant votre 80^e anniversaire de naissance. Le contrat se renouvelle automatiquement chaque année, tout en gardant les mêmes protections.

Martine a acheté une assurance frais médicaux quand elle avait 56 ans. Si elle fait toujours ses paiements mensuels à temps, son contrat pourra se terminer la veille de l'anniversaire du contrat suivant son 80^e anniversaire. Elle fêtera ses 80 ans le 17 juillet 2044. Si son contrat a débuté un 10 octobre, son contrat prendra fin le 9 octobre 2044.



Question 6 - À quel moment se termine mon contrat ?

« FIN DU CONTRAT »

- Votre contrat d'assurance prend fin à la première des dates suivantes :
 - La date de réception par Humania Assurance d'une demande d'annulation écrite et signée par le titulaire ;
 - La date d'expiration du délai de grâce du paiement, lorsqu'un paiement n'est pas effectué, comme spécifié à la **Question 7 - Comment effectuer mes paiements et qu'est-ce qui se passe en cas de retard de paiement ?**
 - La date du décès de l'assuré ;
 - La veille de l'anniversaire du contrat suivant le 80^e anniversaire de l'assuré.

François est le titulaire d'un contrat d'assurance frais médicaux. Il décide d'annuler son contrat et envoie à Humania Assurance une demande écrite pour mettre fin à son contrat. Son contrat prendra fin à la date de réception de sa demande écrite par Humania Assurance.

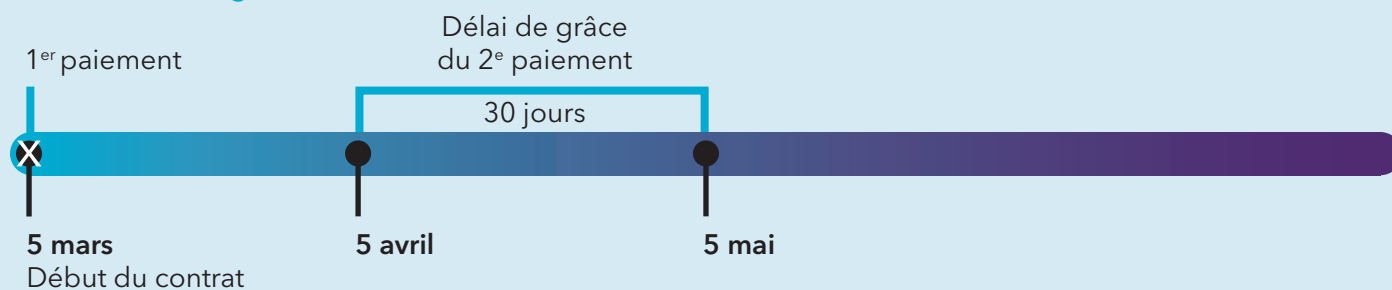


Question 7 - Comment effectuer mes paiements et qu'est-ce qui se passe en cas de retard de paiement ?

« MOYENS ET DÉLAIS DE PAIEMENT »

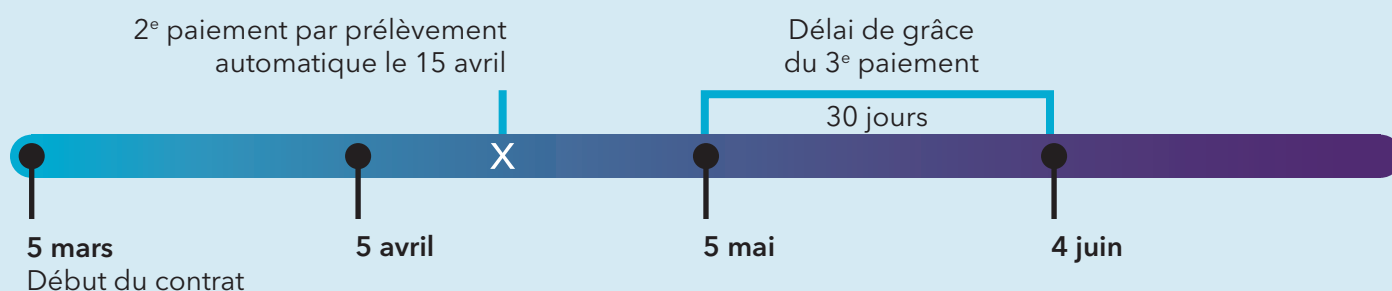
- Cette assurance est payable mensuellement par prélèvement bancaire ou par carte de crédit, au choix du titulaire.
- Si votre institution financière refuse le paiement, ce dernier n'est pas effectué.
- En cas de retard de paiement, un délai de grâce de 30 jours vous est accordé après la date à laquelle votre assurance devait être payée pour faire votre paiement. Vous serez assuré pendant ces 30 jours. Durant cette période, le paiement dû sera déduit de tout remboursement de frais médicaux payable par Humania Assurance.
 - Si, après ce délai, le paiement n'est pas effectué, le contrat d'assurance prend fin. Une nouvelle demande d'assurance sera alors nécessaire pour reprendre cette protection.

Le contrat de Martine débute le 5 mars. Elle fait son premier paiement mensuel à cette date. Ce premier paiement lui permet d'être couverte du 5 mars au 5 avril. Son délai de grâce pour son deuxième paiement s'étend du 5 avril au 5 mai. Ainsi, par la suite, son prochain paiement devra être fait avant le 5 mai pour que son contrat reste en vigueur.



Martine décide de mettre en place un prélèvement automatique à son compte bancaire chaque 15^e jour du mois. Son deuxième paiement mensuel est fait le 15 avril par prélèvement automatique. Ce paiement lui permet d'être couverte du 5 avril au 5 mai. Son délai de grâce pour son troisième paiement s'étend du 5 mai au 4 juin. Son prochain paiement devra donc être fait avant le 4 juin pour que son contrat reste en vigueur.

Si elle ne fait pas son paiement à temps le 4 juin, son contrat prend fin. Martine devra faire une nouvelle demande d'assurance pour reprendre un nouveau contrat. Il se pourrait que son montant de paiement augmente ou qu'elle n'ait plus le droit à l'assurance.



Question 8 - À quel moment le montant de mon paiement peut-il changer ?

« GARANTIE »

Le montant du paiement que vous devez faire à Humania Assurance n'est pas garanti.

Cela veut dire qu'en cas de nécessité, Humania Assurance peut modifier le montant du paiement une fois par année. Par exemple, le montant du paiement peut augmenter si le nombre de remboursements payés à tous les clients Assurance frais médicaux est plus élevé que les prévisions qui ont servi à établir le montant du paiement.

Le fait de réclamer ou non n'a aucune incidence directe sur votre nouveau montant de paiement. Les ajustements sont faits, lorsque nécessaire, pour un groupe de contrats avec des caractéristiques semblables.

Question 9 - Qui fait quoi ?

« ASSURÉ, TITULAIRE ET BÉNÉFICIAIRE »

- L'assuré est la personne qui est couverte par l'assurance frais médicaux. Si des frais couverts sont engagés par l'assuré, cela mène à un remboursement.
- Le titulaire est le propriétaire du contrat d'assurance. Il a le droit de changer le bénéficiaire et la méthode de paiement et d'annuler le contrat. Il peut y avoir plus d'un titulaire. Dans ce cas, toute demande de changement au contrat doit être approuvée par tous les titulaires.
- Le bénéficiaire est celui qui reçoit les remboursements. Par défaut, le bénéficiaire est le titulaire.
- Vous pouvez consulter votre demande d'assurance pour savoir qui est assuré, bénéficiaire et titulaire selon ce contrat. Veuillez noter que ces personnes peuvent changer si le titulaire envoie à Humania Assurance le formulaire prévu à cet effet.

Une personne peut être à la fois titulaire, assuré et bénéficiaire. Par exemple, si Martine souscrit à l'assurance frais médicaux, elle sera l'assurée, la titulaire et la bénéficiaire en même temps.



Question 10 - Comment faire une réclamation ?

« FAIRE UNE RÉCLAMATION »

- Pour soumettre une réclamation, vous pouvez remplir un formulaire de demande de réclamation, y joindre les factures des frais engagés ainsi que la recommandation du médecin, au besoin, et nous faire parvenir le tout.
- Vous trouverez le formulaire, nos coordonnées et les instructions sur le site Internet d'Humania Assurance (www.humania.ca).
- Vous pouvez toujours contacter le service à la clientèle au 1 800 773-8404 pour obtenir de l'aide.

Si vous réclamez pour un enfant à charge âgé de 21 ans ou plus, qui est étudiant à plein temps, vous devez joindre une preuve d'étude.

Pour accélérer le traitement, assurez-vous que votre demande est complète. Vous devez assumer les frais pour obtenir ces informations.

Section B

Définitions

Les termes en *italique* présents dans ce contrat se définissent de la façon suivante :

Accident

Un événement :

- survenant pendant la durée du contrat ;
- dû à des causes externes, violentes, soudaines ou inattendues ; et
- indépendant de la volonté de l'assuré ou de toutes actions volontaires.

Activités de la vie quotidienne

Ensemble des gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de se nourrir, se vêtir, se déplacer par soi-même, prendre son bain, faire sa toilette et être continent :

- Se nourrir : capacité de consommer des aliments qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.
- Se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres prothèses chirurgicales.
- Se déplacer par soi-même : capacité de se déplacer d'une façon quelconque hors d'un lit, d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.
- Prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.
- Faire sa toilette : capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle.
- Être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs, de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.

Année de contrat

Chaque période de 12 mois qui suit la date de début du contrat.

Assuré

L'assuré est la personne qui est couverte par l'assurance frais médicaux. Si des frais couverts sont engagés par l'assuré, cela mène à un remboursement.

Bénéficiaire

Le bénéficiaire est celui qui reçoit les remboursements. Par défaut, le bénéficiaire est le titulaire.

Fournisseur de services d'aide à domicile

Une personne, ne résidant pas avec l'assuré, travaillant, moyennant rémunération, pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée spécialisée en soins à domicile, de même que tout travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence.

Frais couverts

Les frais couverts sont décrits à la **Question 1 - Quels sont les frais couverts?**

Franchise

Frais que l'assuré doit assumer avant d'avoir droit à tout remboursement par Humania Assurance.

Hôpital

Tout établissement de soins de courte durée considéré comme un hôpital par les autorités fédérales ou provinciales canadiennes applicables, à l'exclusion de l'unité de soins de longue durée (des lits de cette institution qui sont utilisés pour les convalescents ou les malades chroniques).

N'est pas considéré comme hôpital : une clinique, une maison de santé, un établissement procurant essentiellement des soins de réadaptation ou de garde, même si cet établissement fait partie d'un hôpital ou est associé à un hôpital.

Hospitalisation

Séjour d'un assuré dans un hôpital, à titre de patient alité, après une demande d'admission d'un médecin, pour une durée d'au moins 18 heures.

Humania Assurance ou l'assureur

Humania Assurance inc., ayant son siège social au 1555, rue Girouard Ouest, C. P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8.

Maison de convalescence

Établissement situé au Canada qui offre sur place les soins d'un(e) infirmier(ère) licencié(e) ou d'un(e) infirmier(ère) auxiliaire ou d'un médecin, et ce, 24 heures sur 24.

Médecin

Toute personne légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada en vertu de son doctorat en médecine (M.D.), sans lien de parenté ni d'affaires avec l'assuré ou le titulaire.

Paie ment

Les montants payés à Humania Assurance pour obtenir et conserver les protections d'assurance.

Titulaire

Le titulaire est le propriétaire du contrat d'assurance. Il a le droit de changer le bénéficiaire et la méthode de paie ment et d'annuler le contrat.

Vous, votre

Réfère à l'assuré, au titulaire ou au bénéficiaire, selon le contexte. Pour plus de détails sur chacun de ces rôles, veuillez vous référer à la **Question 9 - Qui fait quoi?**

Section C

Conditions légales

Un contrat d'assurance est hautement réglementé. Pour protéger la clientèle, la plupart des provinces et des territoires obligent les assureurs à avoir des clauses spécifiques qui doivent être présentes telles quelles dans tout contrat d'assurance. Voici ces clauses obligatoires :

Le contrat

Les sections A à D de ce contrat, votre demande d'assurance, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit constituent le contrat indivisible. Aucun conseiller ni autre agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

L'assureur est tenu de fournir, sur demande, au titulaire ou à l'auteur d'une demande de règlement en vertu du contrat une copie de la demande d'assurance.

Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par l'assuré lors de la demande d'assurance relative au présent contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une réclamation en vertu du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la demande d'assurance ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre

L'assuré, le titulaire ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :

- a) de donner un avis écrit de la demande de règlement à l'assureur :
 - (i) soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province ;
 - (ii) soit en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province ;au plus tard trente (30) jours après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un accident ou d'une maladie ;
- b) dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un accident ou d'une maladie, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances, de la survenance de l'accident ou du commencement de la maladie et des pertes qui en résultent, du droit de l'auteur de la demande de recevoir un paiement, de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu ;
- c) si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident ou de la maladie qui peut faire l'objet d'une demande de règlement en vertu du contrat, ainsi que la durée de la maladie.

Absence d'avis ou de preuve

Le fait de ne pas donner un avis du sinistre ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si l'une ou l'autre des conditions suivantes est remplie :

- a) L'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite de la maladie s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit ;

- b) En cas de décès de la personne assurée, s'il faut une déclaration de présomption de décès, l'avis est donné ou la preuve est fournie au plus tard un an après la date à laquelle le tribunal statue par voie de déclaration.

Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de réclamation

L'assureur fournit des formulaires de réclamation à tout titulaire ou auteur d'une demande de règlement qui en fait la demande. Toutefois, lorsque l'auteur de la réclamation n'a pas reçu les formules dans les quinze (15) jours, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident ou de la maladie donnant lieu à la réclamation et l'étendue du sinistre.

Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat :

- a) L'auteur de la réclamation est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen à la date et aussi souvent qu'il est raisonnable, tant que le règlement est en suspens ;
- b) En cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent.

Réclamations

Toute indemnité versée en vertu de ce contrat est payée par l'assureur dans les soixante (60) jours suivant la réception de tout document ou renseignement requis par lui.

Prescription

Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par le délai indiqué dans la Loi sur la prescription des actions ou toute autre loi applicable.

Section D

Conditions générales

Date de début du contrat

Ce contrat d'assurance entre en vigueur à la date de début de votre contrat qui est indiquée dans le **Sommaire des protections** de votre contrat, pourvu que le premier paiement ait été effectué.

Délai de grâce

Il n'y a pas de délai de grâce pour le premier paiement, puisque celui-ci doit être effectué pour que le contrat d'assurance entre en vigueur. Si Humania Assurance ne reçoit pas le premier paiement comme prévu, le présent contrat sera considéré comme n'ayant jamais été émis.

Un délai de grâce de 30 jours est accordé pour les autres paiements. Lorsqu'un paiement n'est pas effectué après ce délai, le contrat n'est plus en vigueur et se termine sans aucune valeur.

Si des frais couverts sont engagés pendant le délai de grâce, tout paiement dû sera déduit de tout remboursement versé par Humania Assurance.

Participation et valeur de rachat

Le titulaire n'est pas admissible à recevoir des participations ni une valeur de rachat sur ce contrat d'assurance. Ce contrat d'assurance ne comporte aucune valeur de rachat.

Divulgateion

L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire sont tenus de coopérer pleinement avec Humania Assurance et doivent divulguer à Humania Assurance dans la demande d'assurance, dans une déclaration écrite ou une réponse donnée à titre de preuve d'assurabilité, dans la réclamation et en cas de frais couverts tous les faits dont ils ont connaissance et qui sont essentiels à l'assurance et ne sont pas déclarés par l'autre.

L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire doivent également signer tout formulaire ou autre document permettant à Humania Assurance d'obtenir tout renseignement pertinent.

Sous réserve des articles ayant trait à l'incontestabilité et à l'âge inexact, l'omission de divulguer un fait dans la demande d'assurance ou dans une déclaration écrite ou une réponse donnée à titre de preuve d'assurabilité rend le contrat annulable par Humania Assurance, tout comme une déclaration inexacte.

Incontestabilité

Lorsque ce contrat a été continuellement en vigueur pendant deux ans à l'égard d'un assuré, l'omission de divulguer ou la déclaration inexacte d'un fait à l'égard de cette personne ne rend le contrat annulable par Humania Assurance qu'en cas de fraude.

Âge inexact

Si, par erreur ou autrement, l'âge communiqué à Humania Assurance pour établir ce contrat est inexact, Humania Assurance ne peut annuler le contrat. Par contre, les remboursements payables seront ajustés pour refléter l'âge véritable de l'assuré.

Renonciation

Humania Assurance est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par *Humania Assurance*.

Changement de bénéficiaire

Sous réserve de ce qui est prévu par la loi, le titulaire peut en tout temps désigner un bénéficiaire, le changer ou le révoquer. *Humania Assurance* reconnaît seulement les changements s'ils lui sont notifiés par écrit.

Humania Assurance n'assume aucune responsabilité quant à la validité de la désignation du bénéficiaire.

Remboursement

Aucun chèque de remboursement de paiement ne sera émis pour des montants inférieurs à 20 dollars.

Monnaie légale

Tout paiement, en vertu des dispositions de ce contrat, est effectué en monnaie légale du Canada.

Droit de changer d'avis

Le titulaire peut obtenir l'annulation de ce contrat, dans un délai de 15 jours de la date de sa réception ou à l'intérieur des 60 jours suivant la date de début du contrat. Lorsqu'une demande d'annulation écrite et signée est reçue par *Humania Assurance* dans ces délais, toute prime perçue en vertu du contrat est alors remboursée au titulaire.

Conformité avec la loi

Toute disposition du contrat qui, à la date de début du contrat, n'est pas conforme aux lois de la province où le contrat a été établi est modifiée de façon à répondre aux exigences minimales de ces lois.