



ASSURANCE SALAIRE PLAN ESSENTIEL

Contrat d'assurance

L'ASSUREUR

Humania Assurance Inc.

1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

Service à la clientèle : 1 800 773-8404

Courriel : clients@humania.ca

Site Internet : www.humania.ca

Nom du titulaire :

Nom de l'assuré :

Numéro du contrat :

Date du début du contrat :

Sommaire des protections

Plan essentiel

Votre contrat inclut ce Sommaire des protections, une Introduction, une Table des matières, les sections A à C, votre demande d'assurance (Annexes A et B), ainsi que toute modification convenue avec vous par écrit.

Nous vous invitons à lire attentivement les annexes A - Copie de la proposition d'assurance et B - Questionnaire d'admissibilité et d'assurabilité afin de vous assurer que les réponses sont exactes et complètes. Si un changement doit être apporté aux réponses données, veuillez en aviser l'Assureur dans les 30 jours suivant la délivrance de la police. Le défaut d'aviser l'Assureur, de toute inexactitude ou déclaration erronée peut entraîner la nullité du contrat.

En complétant 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.

Sous réserve des dispositions et des avenants de la police, l'Assureur paie les indemnités énumérées ci-dessous lorsque survient un événement couvert. Toutes les obligations que l'Assureur assume en vertu du contrat prennent fin immédiatement lorsque l'Assureur reçoit une demande d'annulation de contrat ou un avis d'arrêt de paiement de la prime due.

Sommaire des protections

Plan essentiel

DATE DE DÉBUT DU CONTRAT :

Description	Délai de carence	Période maximale	Indemnité	Prime mensuelle
Indemnité pour invalidité totale				
Profession habituelle				
Indemnité pour invalidité partielle				
Maladies graves				
Décès mutilation accidentelle				
Remboursement de primes aux 20 ans				
<ul style="list-style-type: none">• Indemnité de décès• Exonération des primes• 1er jour en cas d'hospitalisation				

Votre paiement mensuel payable le X de chaque mois est de

La police est garantie renouvelable selon les dispositions jusqu'à l'âge de 100 ans, moyennant le paiement des primes à la garantie.

Signataire autorisé :



Valérie Le Roux

Directrice, administration, assurance individuelle

Table des matières

PARTIE A - Définitions	5
-------------------------------	----------

PARTIE B - Garanties	9
-----------------------------	----------

Garantie d'indemnité pour invalidité totale

Indemnités.....	9
Restrictions.....	9
Présomption d'invalidité totale et permanente.....	9
Hospitalisation.....	10
Modifications de la protection.....	10
Fin de la garantie totale.....	10
Dispositions générales.....	10

Garantie d'indemnité pour invalidité partielle

Indemnités.....	11
Restrictions.....	11
Fin de la garantie d'invalidité partielle.....	11
Dispositions générales.....	11

Garantie d'assurance maladies graves

Indemnités.....	12
Définitions.....	12
Liste des catégories de maladies graves couvertes au contrat et de leur définition.....	12
Restrictions.....	15
Exclusions.....	15
Fin de la garantie.....	15
Dispositions générales.....	15

Garanties de décès, de mutilation ou de perte d'usage totale à la suite d'un accident

Indemnités.....	16
Définitions.....	17
Restrictions.....	17
Fin de la garantie.....	18
Dispositions générales.....	18

Garantie de remboursement de primes au vingt (20) ans

Indemnités.....	19
Définitions	19
Fin de la garantie.....	20
Dispositions générales	20

PARTIE C - Dispositions générales

21

Annexe A - Copie de la proposition d'assurance

A1

Annexe B - Questionnaire d'admissibilité et d'assurabilité

B1

SPÉCIFIQUEMENT

Partie A

Définitions

Aux fins de la présente police, les termes en *italique* se définissent de la façon suivante :

Accident

Événement survenant alors que la *police* est en vigueur, dû à des causes externes, violentes, soudaines, fortuites et indépendantes de la volonté de l'*assuré*, soit une chute, un choc, une collision, un coup. Un faux mouvement ou des mouvements répétitifs qui surviennent dans le cadre des activités habituelles du *travail* ou des activités quotidiennes ne sont pas considérés comme un accident. Si un *accident* cause une perte qui se manifeste plus de quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident*, cette perte est réputée être le fait d'une maladie.

Activités de la vie quotidienne

Ensemble des gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de se nourrir, de se vêtir, de se déplacer par soi-même, de prendre son bain, de faire sa toilette et d'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 les orthèses, les 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.

Assuré

La personne désignée comme telle sur la demande d'assurance.

Assureur

Humania Assurance inc., ayant son siège social au 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6.

Bénéfice brut de l'entreprise

Désigne, pour une année financière complète, le chiffre d'affaires d'une entreprise diminué :

- Du *coût des marchandises vendues* ;
- Des gains réalisés suite à une transaction hors du cours normal des activités de l'entreprise ; et
- De tout poste de dépenses de l'entreprise relié aux salaires et aux charges sociales, excluant les salaires et les charges sociales de l'*assuré*.

Bénéfice net de l'entreprise

Désigne, pour une année financière complète, les revenus générés par l'entreprise après les dépenses d'affaires (en excluant les amortissements) et avant les différents impôts et cotisations gouvernementales obligatoires.

Bénéficiaire

Personne(s) physique(s) ou morale(s) désignée(s) par le titulaire dans tout document notifié par écrit à l'assureur comme ayant droit de toucher des prestations en vertu de la présente police.

Blessure

Lésion corporelle résultant directement d'un accident subi par l'assuré et indépendamment de toute maladie ou autre cause, alors que la police est en vigueur.

Chirurgie d'un jour

Intervention chirurgicale pratiquée sur rendez-vous dans un hôpital, une clinique ou un service affilié à un hôpital qui ne nécessite pas une hospitalisation, et pour laquelle l'assuré est admis et reçoit son congé le jour même de l'intervention.

Classe de risque

Caractéristique de l'assuré déterminant le taux de prime d'une protection. La classe de risque est basée sur le sexe, l'âge, la profession, le tabagisme et l'état de santé de l'assuré.

Coordonné

Qui a fait l'objet d'une coordination, selon les dispositions générales de la présente police.

Coût des marchandises vendues

Aussi appelé coût des contrats ou coût des produits, tout déboursé engendré pour l'exécution des travaux ou des services professionnels, incluant notamment les stocks, la sous-traitance, la location et l'entretien d'équipements ou de matériel roulant de même que tout frais ou déboursé encourus pour le compte des clients.

Délai de carence

Période d'attente, exprimée en nombre de jours, au cours de laquelle aucune indemnité n'est payable. Le délai de carence débute à la date de la première consultation médicale, liée à l'invalidité et qui suit le début de ladite invalidité.

Les périodes d'invalidité continues de sept (7) jours et plus, d'une même cause, peuvent être cumulées pour satisfaire le délai de carence.

Les récurrences d'invalidité peuvent être cumulées sur une période de six (6) mois pour satisfaire le délai de carence.

Durée maximale d'indemnisation

Période de temps maximale, inscrite au sommaire des garanties, où des versements d'indemnité sont payables à la suite d'un événement couvert.

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 cet établissement qui sont utilisés pour les convalescents ou les malades chroniques).

N'est pas considéré comme un hôpital: une clinique, une maison de santé, un centre de désintoxication, 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, à la suite d'une demande d'admission d'un médecin, pour une durée d'au moins 18 heures.

Indemnité admissible

Montant maximal de l'indemnité, inscrit au sommaire des garanties. Le montant maximal peut être modifié en vertu des dispositions, des restrictions et des exclusions de la police et des garanties.

Invalidité partielle (ou partiellement invalide)

État de l'assuré, qui n'est pas totalement invalide, mais qui est incapable d'effectuer au moins l'une des principales fonctions relatives à son emploi au début de l'invalidité ou qui est incapable de travailler au moins cinquante pour cent (50 %) du temps normalement consacré à son emploi, tout en étant sous les soins et les traitements continus et appropriés d'un médecin.

Lorsque l'assuré est sans emploi depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours au début de l'invalidité, aucune indemnité d'invalidité partielle n'est payable.

Invalidité totale (ou totalement invalide)

Lorsque l'assuré occupe un emploi rémunéré ou est sans emploi depuis quatre-vingt-dix (90) jours ou moins au début de l'invalidité :

- Pour la période du délai de carence et la durée de la profession habituelle inscrite au sommaire des garanties : état de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie est inapte à exercer les principales fonctions de son emploi au début de l'invalidité et qui, durant cette période, n'occupe pas un autre emploi et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin ;
- Par la suite lorsque l'invalidité persiste au-delà de la durée de la profession habituelle inscrite au sommaire des garanties : état de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie, est incapable d'effectuer tout travail rémunérateur qu'il est raisonnablement apte à exercer en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience et qui demeure sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Lorsque l'assuré est sans emploi depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours au début de l'invalidité, c'est l'état de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie, est incapable d'accomplir au moins une des activités de la vie quotidienne et qui demeure sous les soins et les traitements continus et appropriés d'un médecin.

Lorsque l'invalidité débute après l'anniversaire de la police suivant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré, c'est l'état de l'assuré qui, à la suite d'un accident, est incapable d'accomplir au moins une des activités de la vie quotidienne et qui demeure sous les soins et les traitements continus et appropriés d'un médecin.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, constaté par un médecin et qui nécessite des soins médicaux réguliers et continus, qui n'a pas été causé par une blessure et dont les premiers symptômes se manifestent pendant que la présente police est en vigueur. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complication pathologique.

Médecin

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

Non-fumeur

Personne qui n'a pas fait usage de tabac, sous quelque forme que ce soit, y compris les vapoteuses, succédanés de nicotine, produits de nicotine, au cours des douze (12) mois précédant la signature de la demande d'assurance ou de sa remise en vigueur.

Police

Le présent contrat, la proposition relative à cette police, toute demande de remise en vigueur et toute demande de modification écrite de ce contrat de même que tout document s'y rattachant.

Profession; Emploi; Travail

Ces termes signifient, indistinctement, la(les) profession(s), un emploi ou un travail rémunéré exercé par l'assuré au début de l'invalidité.

Revenu gagné

Toutes les sommes que l'assuré reçoit en retour de services fournis, déduction faite des habituels frais d'entreprises, mais avant déduction des impôts sur le revenu. Le revenu gagné comprend les salaires, les bonis, les honoraires, les commissions, les gratifications et tout autre revenu découlant de l'exercice d'un emploi.

Pour un propriétaire d'entreprise commerciale ou un professionnel, le revenu gagné est le maximum d'une des deux situations suivantes :

- La somme des revenus qui lui sont versés, provenant de cette entreprise en raison de ses activités professionnelles, plus sa quote-part du bénéfice net de l'entreprise;
- 50 % de sa quote-part du bénéfice brut de l'entreprise.

RESTRICTIONS

Sont exclus du revenu gagné tous les revenus ne provenant pas directement d'un travail, tels que les revenus d'intérêt, les loyers, les droits d'auteur, les redevances, les revenus de placement, et tout revenu provenant de régimes de retraite, de contrats de rentes, de régimes de participation aux bénéfices, de régimes de rémunération différée ou tout autre revenu qui n'est pas reçu directement en retour d'un service rendu. Les dividendes reliés ou non au travail ne sont pas considérés comme revenu gagné.

L'utilisation du bénéfice brut de l'entreprise n'est pas permise si le bénéfice net d'entreprise est déficitaire pour deux (2) années consécutives ou plus immédiatement avant l'invalidité.

Revenu gagné mensuel moyen

Le plus élevé entre le revenu gagné de la dernière **année fiscale** complétée avant le début de l'invalidité, divisé par douze (12), la moyenne du revenu annuel gagné des trois (3) meilleures des cinq (5) dernières années divisée par douze (12) et 1 111,11 \$.

Pour un particulier, l'année fiscale est la période qui correspond à l'année civile, soit celle qui commence le 1^{er} janvier et qui se termine le 31 décembre.

Pour une entreprise, l'année fiscale est la période qui correspond à l'exercice financier, soit la période comptable entre la première journée de l'année d'exploitation et la journée où l'année se termine. Elle ne peut pas dépasser 12 mois.

Soins d'un médecin

Soins réguliers et personnels prodigués au Canada et aux États-Unis par un médecin qui, d'après les normes médicales courantes, conviennent à l'affection qui cause l'invalidité de l'assuré. Si l'assuré refuse tout traitement ou toute médication jugé nécessaire pour son état de santé, l'assureur peut suspendre le paiement des indemnités.

Titulaire

Personne qui a la propriété du contrat d'assurance.

Partie B

Garantie d'indemnité pour invalidité totale

1. Indemnités

L'assureur paie mensuellement à l'assuré, alors qu'il est totalement invalide à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'indemnité admissible indiquée au sommaire des garanties, compte tenu du délai de carence et de la durée maximale d'indemnisation indiquée à ce sommaire.

Durant les trente-six (36) premiers mois d'indemnité, l'indemnité d'invalidité admissible inscrite au sommaire des garanties n'est pas coordonnée à toute autre assurance de remplacement de revenu provenant de toute entreprise ou de tout organisme privé, public ou parapublic jusqu'à concurrence des premiers deux mille cinq cents dollars (2 500 \$) d'indemnité mensuelle payable pour l'ensemble des protections d'invalidité détenues par l'assuré auprès de l'assureur.

Après ces trente-six (36) premiers mois, les indemnités payables deviennent coordonnées en totalité. Les indemnités d'invalidité sont alors établies en fonction du revenu gagné mensuel moyen de l'assuré, jusqu'à concurrence du maximum assuré indiqué au sommaire des garanties.

2. Restrictions

L'indemnité maximale pour l'ensemble des protections d'invalidité détenues par l'assuré auprès de l'assureur ne peut excéder dix mille dollars (10 000 \$) par mois.

Si, par erreur, la somme des indemnités d'invalidité choisies dépasse ce montant, l'assureur paie une indemnité maximale de dix mille dollars (10 000 \$), annule les contrats qui excèdent les dix mille dollars (10 000 \$) d'indemnité d'invalidité et rembourse les paiements effectués en trop.

- Lorsque l'assuré est **sans emploi depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours** au début de l'invalidité totale, l'indemnité maximale pour l'ensemble des protections d'invalidité détenues par l'assuré auprès de l'assureur ne peut excéder deux mille cinq cents dollars (2 500 \$) par mois.

3. Présomption d'invalidité totale et permanente

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assuré subit la perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou d'un sens, tels que décrits ci-après, l'assuré est considéré être totalement invalide, que celui-ci occupe ou non un autre emploi, qu'il soit ou non sous les soins réguliers d'un médecin.

Perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou d'un sens parmi les suivants signifient :

- **D'une main, d'un pied** : amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville ou plus haute ; s'il n'y a pas d'amputation, perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied ;
- **De l'ouïe** : perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus dans un seuil de parole de 500 à 3 000 cycles par seconde, confirmée par un otorhinolaryngologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada ;
- **De la vue** : perte totale et définitive de la vue des deux (2) yeux (acuité visuelle de vingt sur deux cents (20/200) ou moins, ou champ de vision de moins de vingt (20) degrés).

4. Hospitalisation

L'indemnité d'invalidité par suite d'accident ou de maladie est payable dès le premier (1^{er}) jour d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour, pour les polices assorties d'un délai de carence de quatre-vingt-dix (90) jours ou moins.

5. Modifications de la protection

À compter de l'anniversaire de police suivant, le soixante-cinq (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré, l'indemnité d'invalidité totale est modifié de la façon suivante :

- La durée maximale de l'invalidité totale en cas d'accident ou de maladie est modifiée à 24 mois à partir de la date du début de l'invalidité, et ce, même si l'invalidité a débuté avant l'âge de soixante-cinq (65) ans lorsque la durée inscrite est supérieure à 24 mois ;
- Toute invalidité totale en cas de maladie, débutant après l'anniversaire de police suivant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré, ne donne droit à aucune indemnité. L'indemnité d'invalidité totale en cas d'accident détenu à cette date est réduite de 50 %, sans dépasser un maximum de deux mille dollars (2 000 \$).

6. Fin de la garantie totale

La présente garantie prend fin à la date de fin de police inscrite aux dispositions générales de la présente police.

7. Dispositions générales

Les définitions, les restrictions ou les exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la police régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec celle-ci.

Partie B

Garantie d'indemnité pour invalidité partielle

1. Indemnités

L'assureur paie mensuellement à l'assuré, alors qu'il est partiellement invalide à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'indemnité admissible indiquée au sommaire des garanties, compte tenu du délai de carence et de la durée maximale d'indemnisation indiquée à ce sommaire.

L'indemnité d'invalidité partielle admissible inscrite au sommaire des garanties n'est pas coordonnée à toute autre assurance de remplacement de revenu provenant de toute entreprise ou de tout organisme privé, public ou parapublic jusqu'à concurrence des premiers mille deux cent cinquante dollars (1 250 \$) d'indemnité mensuelle payable pour l'ensemble des protections d'invalidité détenues par l'assuré auprès de l'assureur.

2. Restrictions

Lorsque, pour une même invalidité, des indemnités d'invalidité totale et partielle sont versées, la durée totale des indemnités payées par l'assureur ne peut excéder la durée maximale de l'invalidité totale.

Aucune indemnité d'invalidité partielle n'est payable lorsque l'assuré est sans emploi depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours au début de l'invalidité.

3. Fin de la garantie d'invalidité partielle

La présente garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- Date de fin de la police inscrite aux dispositions générales de la présente police;
- Date d'anniversaire de la police suivant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré.

4. Dispositions générales

Les définitions, les restrictions ou les exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la police régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec celle-ci.

Partie B

Garantie d'assurance maladies graves

1. Indemnités

Lorsqu'une maladie grave couverte au contrat est diagnostiquée chez l'assuré, l'assureur paie, alors que la garantie est en vigueur, l'indemnité de maladies graves indiqué au sommaire des garanties, excluant tout ajout d'option d'assurance additionnelle. Cette indemnité n'est toutefois payable que si l'assuré est toujours vivant après la période de survie.

2. Définitions

Maladies graves

Désigne l'une des conditions décrites à l'article 3. Liste des catégories de maladies graves couvertes au contrat et de leur définition, qui sont diagnostiquées par un médecin ou un médecin spécialiste alors que la police est en vigueur.

Médecin spécialiste

Médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie grave couverte pour laquelle l'indemnité est demandée.

Période de survie

Période de trente (30) jours pendant laquelle l'assuré doit survivre après la date du diagnostic d'une maladie grave couverte pour que le montant de l'indemnité soit payable.

3. Liste des catégories de maladies graves couvertes au contrat et de leur définition

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL* (AVEC DÉFICITS NEUROLOGIQUES PERSISTANTS)

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

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique persistant de façon continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. 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.

Le diagnostic d'un accident vasculaire cérébral (AVC) doit être posé par un médecin spécialiste.

Aux fins de la police, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme «accident vasculaire cérébral (AVC)» dans les cas suivants :

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

CANCER

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

Le diagnostic de cancer doit être posé par un *médecin spécialiste* et confirmé par un rapport de pathologie.

Les cancers suivants sont exclus :

- carcinome in situ ;
- mélanome malin au stade 1A selon la définition TNM (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à un virgule zéro (1,0) millimètre, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V de Clark) ;
- tout cancer de la peau autre que le mélanome, en l'absence de métastases (propagation à des organes voisins) ;
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Aux fins de la police :

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.

- Le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :
 - de TSGI gastriques et/ou 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 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 mm², ou 50 par CFG.
- Les termes « Tis », « Ta », « T1a », « T1b », « T1 » et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer » dans les cas suivants :

- lésions décrites comme étant bénignes, non invasives, précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, limites (« borderline »), 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 inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel ;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance ;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance ;

- leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes ;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC ;
- tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie 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.

Période d'exclusion de 90 jours : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer » si, dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic ; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou exclu au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

CHIRURGIE CORONARIENNE (PONTAGE AORTOCORONARIEN)

Chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien) est définie comme : La chirurgie du cœur visant à remédier, par pontage, au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire.

Les interventions non chirurgicales telles que l'angioplastie et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes.

Pontage aortocoronarien : 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 médecin spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » dans les cas suivants :

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

CRISE CARDIAQUE (INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE)

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) : diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne :

- l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :
 - symptômes de crise cardiaque ;
 - changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque ;
 - apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque

intra-artérielle, y compris, mais sans s'y limiter, une coronarographie et/ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) doit être posé par un médecin spécialiste.

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

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

4. Restrictions

L'indemnité n'est payable qu'après la période de survie et qu'il s'agit de la première manifestation de la maladie grave couverte au contrat faisant l'objet de la réclamation. Les indemnités de maladies graves ne sont pas cumulatives. Ainsi, l'Assureur ne pourra jamais être appelé à payer plus d'une indemnité en vertu de la présente garantie.

MONTANT MAXIMAL PAYABLE

Le montant total des indemnités payables par l'assureur sur la tête d'un assuré pour l'ensemble des garanties d'assurance maladies graves Assurance salaire ne peut être supérieur à cinquante mille dollars (50 000 \$). Dans l'éventualité où le montant détenu par un assuré dépasse ce montant, l'assureur paiera une indemnité totale de cinquante mille dollars (50 000 \$).

5. Exclusions

Si l'assuré a souffert d'une maladie grave couverte au contrat avant la date d'effet de la présente garantie, aucune indemnité ne sera payable pour la catégorie de maladie grave en question.

Aucune indemnité de maladies graves couvertes n'est payable lorsqu'elle résulte du fait que l'assuré a consommé de façon intentionnelle une drogue ou un médicament qui ne lui a pas été prescrit par un médecin ou autre professionnel de la santé ou si l'assuré a consommé une drogue ou un médicament prescrit par un médecin, un médecin spécialiste ou un professionnel de la santé sans respecter les directives d'utilisation.

6. Fin de la garantie

La présente garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- Date de fin de la police inscrite aux dispositions générales de la présente police;
- Date d'anniversaire de la police suivant le soixante-cinq (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré;
- Date à laquelle une indemnité est versée en vertu de la garantie d'assurance maladies graves.

7. Dispositions générales

Les définitions, les restrictions ou les exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la police régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec celle-ci.

Partie B

Garanties de décès, de mutilation ou de perte d'usage totale à la suite d'un accident

1. Indemnités

DÉCÈS

L'assureur paie, en cas de décès de l'assuré résultant d'une blessure subie dans un accident, l'indemnité indiquée au sommaire des garanties, pourvu que la police soit en vigueur et que le décès survienne au cours des trois cent soixante-cinq (365) jours suivant immédiatement la date dudit accident.

MUTILATION OU PERTE D'USAGE TOTALE

L'assureur paie, alors que la police est en vigueur, en cas de mutilation ou de perte d'usage totale résultant d'une blessure subie dans un accident, le pourcentage tel qu'indiqué ci-dessous de l'indemnité de mutilation indiquée au sommaire des garanties :

Types de mutilations ou de perte d'usage total	Pourcentage remboursable
Deux (2) pieds ou deux (2) mains	100 %
Une (1) main et un (1) pied	100 %
Une (1) main et la vue d'un (1) œil	100 %
Un (1) pied et la vue d'un (1) œil	100 %
L'ouïe des deux (2) oreilles et la parole	100 %
La vue des deux (2) yeux	100 %
Un (1) pied ou une (1) main	50 %
L'ouïe des deux (2) oreilles ou la parole	50 %
La vue d'un (1) œil	12,5 %
L'ouïe d'une (1) oreille	12,5 %
Deux (2) phalanges ou plus du même doigt ou du même orteil	2,5 %

2. Définitions

Mutilation ou perte d'usage totale

- **De la main ou du pied** : amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville ou plus haut; s'il n'y a pas d'amputation, perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied;
- **De la parole** : diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un *médecin* spécialiste;
- **De l'œil** : perte totale et irréversible de la vue d'un (1) œil (acuité visuelle de vingt sur deux cents (20/200) ou moins, ou champ de vision de moins de vingt (20) degrés);
- **De l'ouïe** : perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus dans un seuil de parole de 500 à 3000 cycles par seconde, confirmée par un otorhinolaryngologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada;
- **D'un (1) doigt ou d'un (1) orteil** : amputation complète d'au moins deux (2) phalanges du même doigt ou du même orteil.

3. Restrictions

Si l'assuré décède des suites de Blessures subies dans un accident pour lesquelles une indemnité de décès accidentel est payable en vertu de cette police, aucune indemnité ne sera payable pour toute mutilation ou perte d'usage de l'assuré résultant du même accident.

Les indemnités ne sont pas cumulatives. En cas de mutilations ou de pertes multiples attribuables à un même accident, l'assureur paie l'indemnité pour la mutilation ou la perte donnant droit au montant le plus élevé.

L'indemnité de perte d'usage totale est payable si la perte persiste au-delà de la période de trois cent soixante-cinq (365) jours suivant immédiatement la date dudit accident.

La somme de toutes les indemnités de mutilation ou de perte d'usage totale ne peut dépasser cent pour cent (100 %) du montant de l'indemnité de mutilation ou perte d'usage totale inscrit au sommaire des garanties.

Toute mutilation ou perte d'usage déjà présente au moment de l'émission de la police ne sera pas considérée comme une perte couverte en vertu de la présente garantie.

L'indemnité totale payable par l'assureur, à l'assuré, ne peut être supérieure à trois cent mille dollars (300 000 \$) en cas de mutilation ou de perte d'usage totale résultant d'un accident. Dans l'éventualité où le montant d'assurance détenu par un assuré est supérieur à trois cent mille dollars (300 000 \$) en cas de mutilation ou de perte d'usage totale résultant d'un accident, quel que soit le nombre de garanties en vigueur auprès d'Humania Assurance Inc., l'assureur verse une seule indemnité, soit celle qui correspond à la garantie donnant droit au montant le plus élevé. Les primes encaissées pour la garantie de mutilation ou de perte d'usage qui ne donne droit à aucune indemnité seront alors remboursées au titulaire.

4. Fin de la garantie

La présente garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- Date de fin de la police inscrite aux dispositions générales de la présente police;
- Date d'anniversaire de la police suivant le soixante-dixième (70^e) anniversaire de naissance de l'assuré.

5. Dispositions générales

Les définitions, les restrictions ou les exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la police régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec les termes de la présente garantie.

Partie B

Garantie de remboursement de primes aux vingt (20) ans

1. Indemnité

En vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse le pourcentage des primes remboursables de la période de remboursement indiqué au sommaire des garanties de la Garantie de remboursement de primes aux vingt (20) ans, à condition que l'assuré soit toujours vivant à la date donnant droit au remboursement. Ce remboursement est effectué au titulaire de la police dans les soixante (60) jours suivant la période donnant droit au remboursement.

RESTRICTIONS

Le remboursement s'applique aux garanties émises avant l'âge de quarante-six (46) ans et aux garanties qui n'ont pas été annulées à la demande du titulaire.

Si, à la suite d'un paiement d'un remboursement de prime, une indemnité est payable pour la période antérieure ayant donné droit au remboursement toute somme versée par l'assureur en vertu de la présente garantie devra être préalablement remboursée.

Aucune indemnité ne sera versée par l'assureur suivant le défaut de retourner le remboursement des primes.

EXCLUSIONS

Sont exclues du remboursement de primes aux vingt (20) ans les primes exonérées payées par l'assureur.

2. Définitions

Période de remboursement

Période de vingt (20) années consécutives de protection, à compter de la date d'effet de chaque garantie, au cours de laquelle aucune indemnité n'a été versée ni n'aurait été payable en vertu des garanties de la présente police. Si l'assureur verse quelque indemnité que ce soit, une nouvelle période de remboursement commence à la date coïncidant avec le paiement de la prochaine prime due suivant la date du dernier versement des indemnités, pourvu que l'assuré soit âgé de moins de 46 ans.

Primes payées

Les primes payées par le titulaire ou en son nom à l'assureur, pour chacune des garanties de la police dont le montant de protection n'a pas été réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25 %) sur demande du titulaire.

Si, à la demande du titulaire, le montant de protection est réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25 %), la prime après réduction sera réputée avoir été payée depuis le début de la période de remboursement.

Primes remboursables

La somme des primes payées à l'assureur, depuis le début de la période de remboursement, pour chacune des garanties en vigueur au début de la période de remboursement.

3. Fin de la garantie

La présente garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- Date où le plus court délai de carence de la police est modifié pour un délai de plus de quatre-vingt-dix (90) jours;
- Date de fin de la police inscrite aux dispositions générales de la présente police;
- Date d'anniversaire de la police suivant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré.

4. Dispositions générales

Les définitions, les restrictions ou les exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la police régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec les termes de la présente garantie.

Partie C

Dispositions générales

1. Contrat

La présente police est émise par Humania Assurance inc., compagnie incorporée d'assurance vie, ci-après appelée «l'assureur», sur la foi de la proposition soumise à cette fin, dont copie est annexée ainsi que de tout document soumis ultérieurement pour demande de remise en vigueur ou demande de modification. Aucun représentant n'est autorisé à modifier la présente police ni à décider de la non-application de ses dispositions.

Toute modification à la police ou aux avenants s'y attachés doit être signée par un signataire autorisé.

2. Date d'effet

La présente police entre en vigueur dès l'acceptation de la proposition par l'assureur, pourvu que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité et/ou de l'état de santé de l'assuré depuis la signature de la proposition.

3. Indemnité d'invalidité

Lorsque l'assuré est atteint d'une invalidité couverte par la présente police, l'assureur paie à l'assuré l'indemnité admissible mensuelle. Les paiements débutent lorsque le délai de carence est complété, et ce, pour la durée maximale d'indemnisation, sous réserve des restrictions, des exclusions et des dispositions générales de la police et de ses garanties.

DÉBUT DE L'INVALIDITÉ

Pour les fins de la présente police, l'invalidité débute à la date de la première consultation médicale liée à l'invalidité et qui suit le début de ladite invalidité.

AJUSTEMENT DE L'INVALIDITÉ

Lorsque nécessaire, l'indemnité mensuelle est ajustée sur une base journalière à raison d'un trentième (1/30) de l'indemnité mensuelle pour chaque jour d'invalidité.

Les indemnités d'invalidité sont établies en fonction du revenu gagné réel de l'assuré, au début de l'invalidité, jusqu'à concurrence du maximum assuré indiqué au sommaire des garanties. Il est important pour le titulaire de vérifier périodiquement si le revenu déclaré à la proposition est bien exact et d'aviser l'Assureur de toute baisse de revenu.

Si le montant de l'indemnité payée par l'Assureur est inférieur à l'indemnité assurée, l'Assureur ne rembourse pas l'excédent de la prime.

COORDINATION

Si la somme des indemnités payables en vertu de la présente police et d'une assurance de remplacement de revenu provenant de toute entreprise ou de tout organisme privé, public ou parapublic et de toute somme ou tout montant que l'assuré peut recevoir en vertu de régimes gouvernementaux excède quatre-vingt-dix pour cent (90%) du revenu gagné mensuel moyen de l'assuré, les indemnités d'invalidité payables sont alors réduites afin que le total de toutes les indemnités n'excède pas ce pourcentage de quatre-vingt-dix pour cent (90%).

Advenant le cas où des versements forfaitaires ou rétroactifs sont versés à l'assuré, ce dernier est tenu de rembourser à l'assureur les montants qui n'auraient pas été payables par l'assureur en vertu de la coordination des indemnités.

Si l'assuré néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu de régimes gouvernementaux ou d'une assurance provenant de toute entreprise ou de tout organisme privé, public ou parapublic, l'assureur évalue le montant des prestations auxquelles l'assuré aurait eu droit de recevoir et se réserve le droit de réduire ainsi les indemnités mensuelles payables à l'assuré.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Toute récidive d'invalidité attribuable à une même cause ou à une cause connexe est considérée comme la suite d'une seule et même invalidité. Le délai de carence n'est pas encouru de nouveau et les versements d'indemnité sont cumulés aux versements passés pour déterminer la durée maximale d'indemnisation prévue au sommaire des garanties, sous réserve de la pluralité des causes d'invalidité.

Si l'assuré redevient invalide après avoir été capable d'exercer un emploi et sans avoir reçu de prestations d'invalidité en vertu de ce contrat durant une période d'au moins six (6) mois consécutifs, l'invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité, même si elle est attribuable à une cause identique ou connexe. Le délai de carence et la durée maximale d'indemnisation inscrits au sommaire des garanties s'appliqueront à nouveau.

Pour un assuré sans emploi depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours au début de l'invalidité, si l'assuré redevient invalide après avoir été en mesure d'accomplir toutes ses activités de la vie quotidienne et sans avoir reçu de prestations d'invalidité en vertu de ce contrat durant une période d'au moins six (6) mois consécutifs, l'invalidité sera considérée comme une nouvelle invalidité, même si elle est attribuable à une cause identique ou connexe. Le délai de carence et la durée maximale d'indemnisation inscrits au sommaire des garanties s'appliqueront à nouveau.

RÉADAPTATION

Lorsque l'assuré reçoit une indemnité d'invalidité en vertu de la présente police, l'assureur pourrait payer le coût des services liés à un programme de réadaptation à la condition que ces services ne soient pas déjà couverts par un autre programme ou service, et que le programme ait été approuvé par écrit par l'assureur avant que l'assuré n'y participe.

INDEMNITÉ DE DÉCÈS

Lorsque l'assureur verse des indemnités d'invalidité et que l'assuré décède, l'assureur versera au bénéficiaire une indemnité forfaitaire qui sera égale à cinq (5) fois le montant de l'indemnité mensuelle qui était alors versée au moment du décès, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$).

PLURALITÉ DES CAUSES D'INVALIDITÉ

Si au cours de la période d'indemnisation il survient un autre accident ou maladie, alors cet autre accident ou maladie ne donne droit à aucune indemnité supplémentaire en vertu de la présente police.

Si, à la fin de la durée maximale d'indemnisation, l'invalidité totale persiste sans que l'assuré se soit rétabli de sa première invalidité et qu'il survient un autre accident ou maladie, alors cet autre accident ou maladie ne donne droit à aucune indemnité en vertu de la présente police.

4. Primes

Cette police comporte une prime nivelée jusqu'à la date d'anniversaire de la police suivant le soixante-cinq (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré. Le taux de prime nivelée est basé sur la classe de risque de l'assuré à l'émission de la garantie.

À la date d'anniversaire de la police suivant le soixante-cinq (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré, la prime est modifiée selon les taux établis par l'assureur au moment de la modification de la protection. Les seules autres augmentations possibles sont les ajustements dus à l'expérience.

AJUSTEMENTS DUS À L'EXPÉRIENCE

Après que la police ait été en vigueur pendant 5 ans, l'assureur peut modifier la prime de chaque garantie selon l'expérience des contrats comportant des caractéristiques similaires.

MODALITÉ DE PAIEMENT

La prime est payable annuellement ou mensuellement par prélèvement automatique, au choix du titulaire. Tout paiement de prime effectué par prélèvement automatique n'est réputé effectué que si le paiement est honoré.

Un délai de grâce de trente (30) jours est accordé pour le paiement de chacune des primes. Lorsque la prime est impayée après ce délai, la police prend fin.

À la condition que l'assuré ne soit pas invalide, le titulaire peut modifier les modalités de paiement en donnant un préavis de quinze (15) jours.

Toute prime due sera déduite de tout montant payable par l'assureur.

5. Exonération des primes

Durant les périodes où l'assuré est admissible à recevoir des indemnités à la suite d'une invalidité, l'assureur accorde l'exonération des primes dues selon la modalité de paiement en vigueur au début de l'invalidité.

Cette exonération prend fin à la date où l'assuré n'est plus admissible à recevoir des indemnités d'invalidité.

6. Exclusions

AUCUNE INDEMNITÉ D'INVALIDITÉ N'EST PAYABLE LORSQU'ELLE RÉSULTE DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT :

- D'une tentative de suicide, d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligées volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non ;
- De la participation de l'assuré à la perpétration ou à la tentative de perpétration d'un acte criminel, d'une infraction de voie de fait, ou du fait qu'il conduise un véhicule à moteur ou un bateau sous l'influence de stupéfiant ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale ;
- D'abus d'alcool ou d'usage d'hallucinogènes, de drogues ou de stupéfiants ;
- Du service, comme combattant ou non combattant, dans des 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 blessures subies au cours d'un voyage aérien, sauf si l'assuré est passager d'un aéronef utilisé par un transporteur public ;
- D'une chirurgie esthétique ou d'une intervention chirurgicale non requise par l'état de santé, et de toute complication en résultant ;
- 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 ;
- 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'héliplanche, 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 la grossesse, d'un accouchement ou d'une fausse couche, et toute condition qui en résulte, sauf en cas de complication pathologique ;
- Du refus de l'assuré à tout traitement ou à toute médication jugé nécessaire pour son état de santé, ou qui refuse de se soumettre à une expertise médicale requise par son état de santé ;
- Du refus de l'assuré à se soumettre à un programme de réadaptation recommandé par le médecin traitant ou à participer activement à un programme de réadaptation préalablement approuvé par l'assuré et l'assureur ;
- Du don d'organe(s), sauf lorsque le don est effectué après que la garantie donnant droit à l'indemnisation ait été en vigueur depuis au moins six (6) mois.

AUCUNE INDEMNITÉ D'INVALIDITÉ N'EST PAYABLE POUR :

- La période où l'assuré gagne un salaire, sauf dans le cadre d'une invalidité partielle et/ou d'un plan de réadaptation approuvé par l'assureur.
- La période où l'assuré est incarcéré dans un pénitencier ou un établissement gouvernemental de détention.

Aucune indemnité de décès n'est payable durant les deux (2) premières années de la date d'effet de la garantie ou de sa remise en vigueur, advenant le suicide de l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non.

7. Âge

Aux fins de la présente police, l'âge de l'assuré est l'âge atteint par celui-ci à son dernier anniversaire de naissance précédant l'émission d'une garantie.

8. Fin de la POLICE et des garanties

LA PRÉSENTE POLICE PREND FIN À LA PREMIÈRE DES DATES SUIVANTES :

- Date de réception d'une demande écrite de la part du titulaire ou la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception ;
- Date d'annulation de l'Assurance salaire ;
- Date d'expiration du délai de grâce du paiement de la prime ;
- Date d'anniversaire de police suivant le centième (100^e) anniversaire de naissance de l'assuré ;
- Date de décès de l'assuré.

9. Incontestabilité

En l'absence de fraude, l'assureur ne peut annuler ou réduire, pour fausse déclaration ou réticence portant sur le risque, une garantie qui a été en vigueur ou remise en vigueur depuis plus de deux (2) ans. Toutefois, cette règle ne s'applique pas si l'invalidité a débuté à l'intérieur des deux (2) premières années de la date d'effet de la protection ou de sa remise en vigueur.

10. Remise en vigueur

Si la présente police prend fin par défaut de paiement de prime, celle-ci peut être remise en vigueur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation, pourvu que le titulaire en fasse la demande, qu'il établisse l'assurabilité et/ou l'état de santé de l'assuré à la satisfaction de l'assureur et qu'il paie les primes en souffrance. Les délais prévus en matière d'incontestabilité et de suicide sont à nouveau en vigueur à compter de la date de la dernière remise en vigueur.

11. Changement de bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, le titulaire peut en tout temps désigner un bénéficiaire, le changer ou le révoquer. L'assureur ne reconnaît que le changement qui lui est notifié par écrit. L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de la désignation du bénéficiaire.

12. Cession

Sous réserve des dispositions de la loi, le titulaire peut en tout temps céder sa police. L'assureur ne reconnaît que la cession qui lui est notifiée par écrit. Il n'assume aucune responsabilité quant à la validité de ladite cession.

13. Avis de preuve de sinistre

Toute réclamation doit être faite au moyen d'un avis écrit soumis à l'assureur dans les trente (30) jours suivant la date de l'invalidité, de maladies graves ou de décès donnant droit à une demande de règlement en vertu de la présente police.

Le titulaire de police ou toute personne ayant le droit de présenter une demande de règlement doit fournir à l'assureur tous les documents requis par celui-ci dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de l'invalidité, de maladies graves, ou de décès donnant droit à une demande de règlement.

Lorsque le titulaire de la police ou toute personne ayant droit de présenter une demande de règlement démontre qu'il lui a été impossible d'agir dans les délais impartis, elle n'est pas pour autant empêchée de toucher la prestation, pourvu que l'information soit transmise à l'assureur dans l'année suivant la date de l'invalidité, de maladies graves, ou de décès donnant droit à une demande de règlement en vertu de la présente police.

L'assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré les examens qu'il juge nécessaires, et ce, par un médecin de son choix. Le refus de s'y soumettre prive toute personne du droit de retirer des indemnités. En cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie conformément aux dispositions de la loi, et tout défaut de satisfaire à cette demande justifie l'assureur de ne pas payer l'indemnité.

L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire ont l'obligation de collaborer entièrement avec l'assureur en lui fournissant tous les renseignements que celui-ci peut requérir, et en signant tout formulaire ou tout autre document pouvant permettre à l'assureur d'obtenir tout renseignement qu'il juge pertinent, dans un délai maximal de quatre-vingt-dix (90) jours.

Le titulaire est tenu d'aviser l'assureur de tout changement d'adresse en vue de l'expédition de tout document.

14. Règlement de la police

Toute indemnité d'invalidité ou de maladies graves est payée à l'assuré.

Toute indemnité de décès est payée au bénéficiaire indiqué à la proposition ou selon tout autre document soumis subséquemment à l'assureur.

15. Remboursement

Aucun chèque de remboursement de prime ne sera émis pour des montants inférieurs à vingt dollars (20 \$).

16. Monnaie légale

Tout paiement, en vertu des dispositions de cette police, est effectué en monnaie légale du Canada.

17. Droit d'annulation

Le titulaire peut obtenir l'annulation de la présente police, dans un délai de quinze (15) jours de la date de sa réception ou à l'intérieur des soixante (60) jours suivant la date du début de la police. Lorsqu'une demande écrite et signée par le titulaire d'annulation est reçue par l'assureur dans ces délais, toute prime perçue en vertu de la police est alors remboursée au titulaire.

18. Conformité avec la loi

Toute disposition de la police qui, à la date de prise d'effet, n'est pas conforme aux lois de la province où la police a été établie est modifiée de façon à répondre aux exigences minimales de ces lois.

19. Dispositions générales

Les exclusions, les restrictions et les dispositions générales s'appliquent à la *police* ainsi qu'à toute garantie dans la mesure où elles s'y rapportent.

Certaines garanties comportent des exclusions et des restrictions leur étant propres. Ces exclusions et ces restrictions s'ajoutent aux exclusions et aux restrictions des dispositions générales.

SPÉCIFIQUEMENT