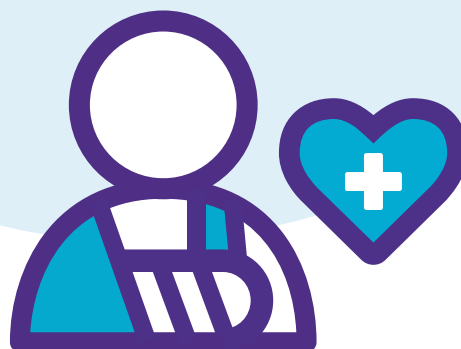




ASSURANCE SALAIRE ACCIDENT ET MALADIE

GUIDE DU PRODUIT



Un produit par



Table des matières




1. Assurance salaire - Accident et maladie	3
3 plans distincts clé en main	3
Fiche technique	4
Primes et ajustements dus à l'expérience.....	7
Renouvellement garanti	7
2. Garantie d'indemnité d'invalidité totale	8
Définition	8
Délai de carence.....	8
Récidive d'invalidité et pluralité des causes de l'invalidité	9
Durée maximale d'indemnisation	9
Présomption d'invalidité totale et permanente	9
Autres bénéficiaires inclus	9
Fin de la garantie	10
3. Garantie d'indemnité pour invalidité partielle	11
Définition	11
Restrictions	11
Fin de la garantie	11
4. Garantie de maladies graves	12
Liste des maladies graves couvertes	12
Restrictions et exclusions	15
Fin de la garantie	15
5. Garanties incluses selon le plan sélectionné	16
Option d'assurance additionnelle.....	16
Indexation	17
6. Avenants disponibles pour tous les plans	18
Garantie de décès, de mutilation ou de perte d'usage totale à la suite d'un accident.....	18
Garantie de remboursement de primes aux 20 ans	20
7. Exclusions, modifications et conditions particulières	21
Exclusions générales	21
Modifications à l'âge de 65 ans	22
Conditions particulières pour les assurés sans emploi	22
8. Calculs des indemnités à la réclamation	23
Montant des indemnités mensuelles.....	23
Calcul du revenu gagné	23
Preuves de revenu supplémentaires.....	25
Coordination des indemnités	25
9. Tarification	26
Calcul de la prime mensuelle	26
Calcul du montant maximum admissible à la souscription.....	27
Indemnité maximale pour les individus qui ne travaillent pas à temps plein.....	28
Preuves de revenus exigées.....	28
Autres facteurs à considérer	29
Exigences de sélection	29
Rabais de stabilité d'emploi	29
10. Modifications autorisées après l'émission de la police	30

1. Assurance salaire - Accident et maladie

3 PLANS DISTINCTS CLÉ EN MAIN

✓ = Inclus

✗ = Non disponible

		 Plan Essentiel	 Plan Supérieur	 Plan Élite
Avantages inclus selon le plan	Profession habituelle	✓ 3 ans *	✓ Jusqu'à 65 ans *	✓ Jusqu'à 65 ans *
	Invalidité partielle	✓ 6 mois	✓ 12 mois	✓ 24 mois
	Maladies graves (4 conditions)	✓ 3X prestations mensuelles	✓ 3X prestations mensuelles	✓ 5X prestations mensuelles
	Option d'assurance additionnelle	✗	✓ 1 500 \$	✓ 2 500 \$
	Indexation	✗	✗	✓
Avantages inclus dans tous les plans	Non coordonné ni intégré 2 500 \$ pendant 36 mois	✓	✓	✓
	1 ^{er} jour d'hospitalisation **	✓	✓	✓
	Primes garanties les 5 premières années	✓	✓	✓
	Exonération des primes	✓	✓	✓
	Présomption d'invalidité	✓	✓	✓
	Indemnité de décès	✓	✓	✓
Avenants disponibles pour tous les plans	Garanties de décès, de mutilation ou de perte d'usage totale à la suite d'un accident	✓	✓	✓
	Garantie de remboursement de primes aux 20 ans ***	✓	✓	✓

* Sans dépasser la période d'indemnisation sélectionnée.

** Si délai de carence de 90 jours ou moins.

*** Disponible avec délai de carence de 14, 30 et 90 jours.

Assurance salaire - Accident et maladie

TYPE DE CONTRAT

Primes

- Primes nivelées jusqu'à 65 ans
- Garanties pour les 5 premières années du contrat

Renouvellement

Garanti renouvelable jusqu'à 100 ans

Maintien du contrat

Maintien de la couverture avec réduction des bénéfices à 65 ans :

- 50 % de la prestation, maximum de 2 000 \$
- Période d'indemnité d'un maximum de 24 mois
- Invalidité totale en cas d'accident : 1 AVQ
- Pas d'invalidité partielle ni de maladies graves

Type de couverture

Accident et maladie

Âge d'établissement

18 à 64 ans

DÉLAI DE CARENCE

Délai

14, 30, 90 ou 120 jours

Accumulation de jours

Les périodes d'invalidité continue de 7 jours et plus peuvent être cumulées sur une période de 6 mois

1^{er} jour d'hospitalisation

- Inclus dans le contrat si délai de carence de 90 jours ou moins
- Hospitalisation minimum 18 heures ou chirurgie d'un jour

PÉRIODE D'INDEMNISATION

Choix

2 ans, 5 ans ou jusqu'à 65 ans

Clause de rechute/récidive

6 mois

MONTANT D'INDEMNISATION

Minimum et maximum

De 500 \$ à 6 000 \$ (montant non imposable)

Offre pour personne à la maison, sans emploi, temps partiel ou étudiant

1 000 \$

Coordination et intégration

- Premier 2 500 \$ non coordonnée et non intégrée pendant 36 mois
- Coordination de l'excédent à 90 % du revenu brut

Définition revenu assurable

- Salarié : revenu d'emploi annuel
- Travailleur autonome et propriétaire d'entreprise : le plus élevé entre le bénéfice net d'entreprise + le revenu d'emploi assuré OU 50 % du revenu brut d'entreprise

GARANTIES INCLUSES D'OFFICE

Invalidité totale

Durée de la profession habituelle :

- Plan Essentiel : 36 mois
- Plan Supérieur : 65 ans
- Plan Élite : 65 ans

Sans dépasser la période d'indemnisation sélectionnée

Invalidité partielle

Durée de l'invalidité partielle :

- Plan Essentiel : 6 mois
- Plan Supérieur : 12 mois
- Plan Élite : 24 mois

50 % de la prestation mensuelle payable sans obligation d'avoir été totalement invalide au départ

Clause de non-emploi au moment de réclamation

Après 90 jours sans emploi au moment de la réclamation, l'assuré est toujours couvert, mais certaines modifications s'appliquent (voir page 18)

Exonération des primes

Inclus - équivaut au délai de carence

Présomption d'invalidité totale et permanente

Inclus

Réadaptation

Inclus

Indemnité de décès

Inclus - 5 fois l'indemnité mensuelle, maximum 10 000 \$

Maladies graves

Conditions couvertes :

1. Accident vasculaire cérébral (AVC)
2. Cancer
3. Chirurgie coronarienne
4. Crise cardiaque

Montant forfaitaire versé :

- Plan Essentiel : 3 fois les prestations
- Plan Supérieur : 3 fois les prestations
- Plan Élite : 5 fois les prestations

GARANTIES DISPONIBLES SELON LE PLAN

Option d'assurance additionnelle

Assurés âgés entre 18 et 50 ans

5 options de 20 % ; avec preuve de revenu

Disponibilité selon le plan :

- Plan Essentiel : Non
- Plan Supérieur : 1 500 \$
- Plan Élite : 2 500 \$

Indexation

Reliée à l'Indice des prix à la consommation (IPC), maximum 5 %

Disponibilité selon le plan :

- Plan Essentiel : Non
- Plan Supérieur : Non
- Plan Élite : Oui

AVENANTS DISPONIBLES POUR TOUS LES PLANS

Décès, mutilation ou perte d'usage en cas d'accident

Montant au choix : 50 000 \$, 100 000 \$, 200 000 \$ ou 300 000 \$

Remboursement de primes

Aux 20 ans (50 %, 75 % ou 100 % au choix de l'assuré) :

- Disponible de 18 à 45 ans
- Avenant disponible avec délai de carence de 1, 14, 30 et 90 jours

PRIMES ET AJUSTEMENTS DUS À L'EXPÉRIENCE

Cette police comporte une prime nivelée jusqu'à la date d'anniversaire de la police suivant le soixante-cinquième (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-cinquième (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 a été en vigueur pendant 5 ans, l'assureur peut modifier la prime de chaque garantie selon l'expérience des contrats comportant des caractéristiques similaires.

Prime mensuelle minimum : 12 \$

RENOUVELLEMENT GARANTI

La police est garantie renouvelable jusqu'à la date d'anniversaire de police suivant le centième (100^e) anniversaire de naissance de l'assuré.

PROTECTION ACCIDENT ET MALADIE

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.

2. Garantie d'indemnité d'invalidité totale

DÉFINITION D'INVALIDITÉ TOTALE

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 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 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.

La durée de la profession habituelle varie selon le plan sélectionné :

- Plan essentiel : 36 mois
- Plan supérieur : 65 ans
- Plan élite : 65 ans

Sans dépasser la période d'indemnisation sélectionnée.

DÉLAI DE CARENCE

Définition : 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.

Délai de carence disponibles : 14 jours, 30 jours, 90 jours et 120 jours

1^{er} jour hospitalisation

L'indemnité d'invalidité totale 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.

Une hospitalisation est définie comme un 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.

Une chirurgie d'un jour est définie comme une 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.

Accumulation de jours d'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.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ ET PLURALITÉ DES CAUSES DE L'INVALIDITÉ

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 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.

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.

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.

Durée maximale d'indemnisation disponibles : 2 ans, 5 ans et jusqu'à 65 ans.

Quelques professions très risquées seront limitées à une période d'indemnisation de 2 ans.

PRÉSUMPTION D'INVALIDITÉ TOTALE ET PERMANENTE

Si, à la suite d'un accident, 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 signifie :

- **D'une main, d'un 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 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 ;
- **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).

AUTRES BÉNÉFICES INCLUS

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 \$).

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.

FIN DE LA GARANTIE

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 la garantie d'assurance salaire – accident et maladie ;
- 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.

3. Garantie d'indemnité d'invalidité partielle

L'assureur paie mensuellement à l'assuré, alors qu'il est partiellement invalide à la suite d'un accident ou 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.

DÉFINITION D'INVALIDITÉ PARTIELLE

La définition d'invalidité partielle c'est l'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.

Il n'est pas nécessaire d'avoir été totalement invalide avant de se prévaloir de l'invalidité partielle.

Durée de l'invalidité partielle varie selon le plan sélectionné :

- Plan essentiel : 6 mois
- Plan supérieur : 12 mois
- Plan élite : 24 mois

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.

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. Garantie d'indemnité maladies graves

Conditions couvertes :

1. Accident vasculaire cérébral (AVC)
2. Cancer
3. Chirurgie coronarienne
4. Crise cardiaque

Montant forfaitaire versé varie selon le plan sélectionné :

- Plan essentiel : 3 fois les prestations
- Plan supérieur : 3 fois les prestations
- Plan élite : 5 fois les prestations

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 indiquée 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.

DÉFINITIONS

Maladies graves

Désigne l'une des conditions décrites dans la 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.

LISTE DES CATÉGORIES DE MALADIES GRAVES COUVERTES AU CONTRAT ET 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).

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.

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 \$).

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 spécialiste 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.

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-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré ;
- date à laquelle une indemnité est versée en vertu de la garantie d'assurance maladies graves.

5. Garanties incluses selon le plan sélectionné

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE

Âge à l'émission : 18 à 50 ans

Disponibilité varie selon le plan sélectionné :

- Plan essentiel : Non
- Plan supérieur : 1 500 \$
- Plan élite : 2 500 \$

EXERCICE D'UNE OPTION

Cette garantie permet au titulaire d'augmenter l'indemnité mensuelle d'invalidité de l'assuré de vingt pour cent (20 %) du montant souscrit au sommaire des garanties, à chaque anniversaire de police, et ce, sans avoir à fournir de déclaration médicale, aux conditions suivantes :

- la garantie doit être en vigueur ;
- l'assuré ne doit pas être invalide au moment de l'exercice d'option, ou dans les douze (12) mois précédant celui-ci ;
- une preuve financière satisfaisant les exigences de l'Assureur, doit être fournie pour justifier l'augmentation ;
- la demande d'augmentation doit être faite au plus tard trente (30) jours avant la date anniversaire de l'option ;
- un maximum de cinq (5) options peuvent être exercées.

QUELQUES RÈGLES

Le délai de carence et la durée maximale d'indemnisation inscrits au sommaire des garanties sous la rubrique de la garantie option d'assurance additionnelle, déterminent les caractéristiques de l'indemnité mensuelle d'invalidité.

Les indemnités d'invalidité qui découleront de l'exercice des présentes options devront être des multiples de cent dollars (100 \$).

Si le titulaire ne se prévaut pas du montant maximum à l'occasion de l'exercice d'une option d'assurance additionnelle, l'excédent n'est pas reporté à une option d'assurance additionnelle ultérieure.

Les protections d'indemnités d'invalidité totale résultant de l'exercice d'une option d'assurance additionnelle entre en vigueur à la date anniversaire de la police suivant la date où l'option d'assurance additionnelle est exercée.

La prime de cette protection est établie selon l'âge atteint de l'assuré à cet anniversaire, la même classe de risque que l'invalidité et les taux en vigueur au moment de l'option d'assurance additionnelle. La coordination, ainsi que toute restriction ou exclusion relative aux indemnités d'invalidité s'applique également à la protection complémentaire résultant de l'exercice de l'option d'assurance additionnelle.

L'exercice d'une option d'assurance additionnelle entraîne automatiquement l'augmentation des garanties suivantes (et des primes y rapportant), lorsque celles-ci figurent au sommaire des garanties et sont en vigueur au moment de l'exercice de l'option :

- indexation des indemnités d'invalidité ;
- remboursement de primes aux 20 ans.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le maximum d'options assurance d'additionnelle a été exercé ;
- date d'anniversaire de la police suivant le cinquante-cinq (55^e) anniversaire de naissance de l'assuré.

INDEXATION

Disponibilité varie selon le plan sélectionné :

- Plan essentiel : Non
- Plan supérieur : Non
- Plan élite : Oui

Lorsque l'invalidité totale de l'assuré persiste au-delà d'une période de douze (12) mois consécutifs, et que des indemnités d'invalidité totale sont versées, ces indemnités sont indexées le 1^{er} janvier de chaque année, selon l'indice des prix à la consommation publié par Statistique Canada, sous réserve d'une indexation annuelle maximale de cinq pour cent (5 %).

6. Avenants disponibles

GARANTIE DE DÉCÈS, DE MUTILATION OU DE PERTE D'USAGE TOTALE À LA SUITE D'UN ACCIDENT

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 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 :

- Deux pieds ou deux mains : 100 %
- Une main et un pied : 100 %
- Une main et la vue d'un œil : 100 %
- Un pied et la vue d'un œil : 100 %
- L'ouïe des deux oreilles et la parole : 100 %
- La vue des deux yeux : 100 %
- Un pied ou une main : 50 %
- L'ouïe des deux oreilles ou la parole : 50 %
- La vue d'un œil : 12,5 %
- L'ouïe d'une oreille : 12,5 %
- Deux phalanges ou plus du même doigt ou du même orteil : 2,5 %

Définition

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 œil (acuité visuelle de vingt sur deux cents ou moins, ou champ de vision de moins de vingt degrés).
- De l'ouïe : perte totale et irréversible de l'ouïe des deux 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.
- D'un doigt et d'un orteil : amputation complète d'au moins deux phalanges du même doigt ou du même orteil.

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 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 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 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 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.

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 anniversaire de naissance de l'assuré.

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.

GARANTIE DE REMBOURSEMENT DE PRIMES AUX 20 ANS

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 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 jours suivant la période donnant droit au remboursement.

Restrictions

Le remboursement s'applique aux garanties émises avant l'âge de quarante-six 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 ans les primes exonérées payées par l'assureur.

Définitions

Période de remboursement

Période de vingt 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 sur demande du titulaire.

Si, à la demande du titulaire, le montant de protection est réduit de plus de vingt-cinq pour cent, 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.

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 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 anniversaire de naissance de l'assuré.

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.

7. Exclusions, modifications et conditions particulières

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

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.

MODIFICATIONS DE LA PROTECTION À 65 ANS

À compter de l'anniversaire de police suivant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré, les modifications suivantes s'appliquent :

- la définition d'invalidité totale, 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 ;
- l'indemnité d'invalidité totale détenue à cette date est réduite de 50 %, sans dépasser un maximum de deux mille dollars (2 000 \$) ;
- la durée maximale de l'invalidité totale en cas d'accident est modifiée à 2 ans 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 2 ans ;
- la garantie d'invalidité partielle et maladies graves prennent fin.

CONDITIONS PARTICULIÈRES POUR LES ASSURÉS SANS EMPLOI

Lorsque l'assuré est sans emploi depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours au début de l'invalidité, les modifications suivantes s'appliquent :

- la définition d'invalidité totale, 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 ;
- si l'assuré redevient invalide après avoir été en mesure d'accomplir toutes ses activités de la vie quotidienne 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 ;
- 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 ;
- aucune indemnité d'invalidité partielle n'est payable.

8. Calculs des indemnités à la réclamation

MONTANT DES INDEMNITÉS MENSUELLES

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.

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.

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.

CALCUL DU REVENU GAGNÉ

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.

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.

STATUT D'EMPLOI	DÉFINITION DU REVENU GAGNÉ
Salarié :	Revenu d'emploi brut tel qu'indiqué dans le dernier rapport d'impôt fédéral (case 14 du formulaire T4 ou ligne 10100 du formulaire T1)
Travailleur autonome :	<p style="text-align: center;">Le revenu gagné est le maximum entre les deux calculs suivants :</p> <p>Calcul 1 : Bénéfice net de l'entreprise Revenu net tel qu'indiqué dans le dernier rapport d'impôt fédéral (Selon la nature des revenus, voir la case 13500, 13700, 13900, 14100 ou 14300 de la section « Revenus d'un travail indépendant » de la déclaration de revenus et de prestations.)</p> <p>Calcul 2 : 50 % de sa quote-part du bénéfice brut de l'entreprise* Le chiffre d'affaires du dernier rapport d'impôt fédéral diminué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
Propriétaire d'entreprise :	<p style="text-align: center;">Le revenu gagné est le maximum entre les deux calculs suivants :</p> <p>Calcul 1 : Bénéfice net de l'entreprise Bénéfice net avant impôt de l'entreprise pour la dernière année fiscale complétée, selon le pourcentage des parts détenues (L'état des résultats de l'entreprise) + Autre(s) revenu(s) d'emploi, excluant les dividendes pour la dernière année fiscale complétée</p> <p>Calcul 2 : 50 % de sa quote-part du bénéfice brut de l'entreprise* Désigne, pour une année financière complète, le chiffre d'affaires d'une entreprise diminué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

* 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.

Définition du revenu gagné mensuel moyen

Le revenu gagné mensuel moyen est le montant le plus élevé entre :

- 1) la dernière année civile complétée avant le début de l'invalidité, divisé par douze (12);
- 2) la moyenne du revenu annuel gagné des trois (3) meilleures des cinq (5) dernières années divisée par douze (12);
- 3) 1 111,11 \$.

PREUVES DE REVENU SUPPLÉMENTAIRES

L'assureur offre aux clients détenant une indemnité de 2 501\$ et plus, la possibilité de soumettre des preuves de revenu plus complètes à la souscription et, en contrepartie l'assuré pourrait être exempté de produire des preuves de revenu au moment d'une réclamation. Cependant une preuve que l'assuré occupait un emploi rémunérateur au début de son invalidité devra être fournie.

Voici les preuves de revenu supplémentaires requises :

Statut d'emploi	Définition du revenu gagné
Salarié :	T4 ou T1 le plus récent
Travailleurs autonomes :	T1 général le plus récent Rapport des revenus et dépenses
Propriétaires d'entreprise :	T1 général personnel le plus récent États financiers d'entreprise complets des 2 dernières années

Pour être admissible, les preuves fournies doivent confirmer des revenus stables ou croissants dans **les deux dernières années**. Nonobstant les preuves soumises, l'Assureur se réserve le droit de refuser cette option.

Lorsque toutes les preuves auront été fournies à la satisfaction de l'Assureur, un amendement sera joint à la police Prosanté Assurance Salaire Accident et maladie pour confirmer le tout.

COORDINATION DES INDEMNITÉS

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 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 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.

Coordination des indemnités en cas d'invalidité totale

Durant les trente-six (36) premiers mois d'indemnité, l'indemnité d'invalidité totale 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.

Coordination des prestations en cas d'invalidité partielle

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.

9. Tarification

CALCUL DE LA PRIME MENSUELLE

La prime est basée selon le risque relié à l'emploi de votre client. Par exemple, un client qui travaille 100 % dans un bureau va bénéficier d'un prix moins élevé qu'un client qui fait du travail manuel.

Le sexe, le tabagisme et l'âge auront aussi un impact sur la prime.

À la suite des réponses obtenus durant la télé-entrevue et l'analyse des exigences de sélection, le tarificateur peut émettre le contrat avec une surprime. D'autres modifications tels que des exclusions ou limitations peuvent s'appliquer également au contrat. Veuillez-vous référer au guide de présélection pour plus de renseignements.

À la souscription, les assurés occupant un emploi très risqué se verront limiter à une durée d'indemnisation de 2 ans et un délai de carence minimum de 90 jours.

TABLEAU DES INDEMNISATIONS MENSUELLES MAXIMALES

Revenus annuels gagnés	Indemnisation mensuelle non imposable	Revenus annuels gagnés	Indemnisation mensuelle non imposable
Moins de 15 000 \$*	1 000 \$	61 001 \$ à 63 000 \$	3 600 \$
15 001 \$ à 16 000 \$	1 100 \$	63 001 \$ à 65 000 \$	3 700 \$
16 001 \$ à 18 000 \$	1 200 \$	65 001 \$ à 67 000 \$	3 800 \$
18 001 \$ à 20 000 \$	1 300 \$	67 001 \$ à 69 500 \$	3 900 \$
20 001 \$ à 21 500 \$	1 400 \$	69 501 \$ à 71 500 \$	4 000 \$
21 501 \$ à 23 000 \$	1 500 \$	71 501 \$ à 73 750 \$	4 100 \$
23 001 \$ à 25 000 \$	1 600 \$	73 751 \$ à 76 000 \$	4 200 \$
25 001 \$ à 27 000 \$	1 700 \$	76 001 \$ à 78 500 \$	4 300 \$
27 001 \$ à 28 500 \$	1 800 \$	78 501 \$ à 80 500 \$	4 400 \$
28 501 \$ à 30 500 \$	1 900 \$	80 501 \$ à 82 750 \$	4 500 \$
30 501 \$ à 32 000 \$	2 000 \$	82 751 \$ à 85 250 \$	4 600 \$
32 001 \$ à 34 000 \$	2 100 \$	85 251 \$ à 87 250 \$	4 700 \$
34 001 \$ à 35 500 \$	2 200 \$	87 251 \$ à 89 750 \$	4 800 \$
35 501 \$ à 37 250 \$	2 300 \$	89 751 \$ à 92 250 \$	4 900 \$
37 251 \$ à 39 000 \$	2 400 \$	92 251 \$ à 95 000 \$	5 000 \$
39 001 \$ à 40 500 \$	2 500 \$	95 001 \$ à 97 750 \$	5 100 \$
40 501 \$ à 42 500 \$	2 600 \$	97 751 \$ à 100 500 \$	5 200 \$
42 501 \$ à 44 500 \$	2 700 \$	100 501 \$ à 103 250 \$	5 300 \$
44 501 \$ à 46 500 \$	2 800 \$	103 251 \$ à 106 000 \$	5 400 \$
46 501 \$ à 48 500 \$	2 900 \$	106 001 \$ à 108 500 \$	5 500 \$
48 501 \$ à 50 750 \$	3 000 \$	108 501 \$ à 111 250 \$	5 600 \$
50 751 \$ à 53 000 \$	3 100 \$	111 251 \$ à 114 250 \$	5 700 \$
53 001 \$ à 55 000 \$	3 200 \$	114 251 \$ à 117 000 \$	5 800 \$
55 001 \$ à 57 000 \$	3 300 \$	117 001 \$ à 119 500 \$	5 900 \$
57 001 \$ à 59 000 \$	3 400 \$	119 501 \$ et plus	6 000 \$
59 001 \$ à 61 000 \$	3 500 \$		

* Les assurés déclarant des revenus gagnés négatifs se verront limiter à une durée d'indemnisation de 2 ans, d'un délai de carence minimum de 90 jours et d'une indemnité mensuelle maximale de 1 000 \$. Une surprime s'appliquera également.

* Si l'assuré a fait faillite, nous pourrions considérer la demande lorsque ce dernier aura été libéré de sa faillite. En ce qui concerne la proposition au consommateur, nous pourrions considérer la demande lorsque les dettes auront été toutes réglées.

INDEMNITÉ MAXIMALE POUR LES INDIVIDUS QUI NE TRAVAILLENT PAS À TEMPS PLEIN

L'indemnité mensuelle maximale pour un assuré qui n'occupe PAS un travail rémunéré à raison d'un minimum de 21 heures par semaine sur 35 semaines par année sera de 1 000 \$.

L'offre de 1 000 \$ est une solution intéressante pour les clients suivants :

- travailleurs saisonniers
- travailleurs à temps partiel
- individus sans emploi
- individus en congé sans solde
- étudiants
- retraités
- travailleurs nouvellement à son compte avec aucun revenu antérieur

Il est important de prendre note que le contrat comporte des conditions particulières pour les assurés qui sont sans emploi depuis plus de 90 jours au début de l'invalidité.

PREUVES DE REVENUS EXIGÉES

À la souscription

- l'assuré doit déclarer son revenu gagné au moment de la souscription en ligne.
- aucune preuve de revenu ne sera demandée.

À la réclamation

- le premier 2 500 \$ d'indemnité mensuelle ne nécessite aucune preuve du revenu pendant les 36 premiers mois.
- pour l'excédent de 2 500 \$, une preuve de revenu est exigée par l'assureur.

Statut d'emploi	Définition du revenu gagné
Salarié :	T4 ou T1 le plus récent
Travailleurs autonomes :	T1 général le plus récent Rapport des revenus et dépenses
Propriétaires d'entreprise :	T1 général personnel le plus récent États financiers d'entreprise complets des 2 dernières années

Quelques précisions sur les preuves acceptables :

Lorsqu'une preuve de revenu est exigée, seuls la T1 Général, le T4 et l'état financier d'entreprise peuvent servir de preuve de revenu acceptable.

- l'état financier d'entreprise, lorsque ce dernier est exigé, doit inclure le bilan, l'état des résultats et toutes les notes de l'année d'exercice complète ;
- le T1 Général, lorsqu'il est exigé, doit inclure toutes les pages jusqu'à la ligne 260 inclusivement ;
- le T4 est une preuve de revenu acceptable uniquement dans le cas d'employés salariés ;
- l'avis de cotisation ne constitue pas une preuve de revenu acceptable.

AUTRES FACTEURS À CONSIDÉRER

Règles d'admissibilité pour les résidents temporaires

Statut de résidence : seuls les statuts suivants sont admissibles :

- Les citoyens canadiens ;
- Les résidents permanents ;
- Les résidents temporaires depuis au moins trois ans qui ont fait une demande de résidence permanente (excluant les statuts suivants : visiteur, touriste, demandeur d'asile, diplomate, ambassadeur ou personnel d'ambassade).

EXIGENCES DE SÉLECTION

Assurance invalidité résultant d'un accident ou d'une maladie

Âge	0 \$ à 3 000 \$	3 001 \$ à 4 000 \$	4 001 \$ à 5 000 \$	5 001 \$ et plus
18 à 49 ans	Télé-entrevue	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH Signes vitaux Profil sanguin	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH Signes vitaux Profil sanguin Rapport d'enquête
50 ans	Télé-entrevue	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH Signes vitaux	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH Signes vitaux Profil sanguin	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH Signes vitaux Profil sanguin Rapport d'enquête
51 à 64 ans	Télé-entrevue	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH Signes vitaux	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH Signes vitaux Profil sanguin	Télé-entrevue Analyse d'urine VIH Signes vitaux Profil sanguin Rapport d'enquête Rapport du médecin traitant

Pour déterminer l'indemnité mensuelle, additionner :

- 100 % de l'indemnité d'invalidité totale ;
- 100 % de toute assurance invalidité émise dans les 12 derniers mois auprès de toute compagnie et qui ne sera pas remplacée ;
- 50 % du montant de l'option d'assurance additionnelle.

L'Assureur se réserve le droit d'exiger tout rapport ou examen, quels que soient l'âge et le montant, si l'évaluation du risque le rend nécessaire.

RABAIS DE STABILITÉ D'EMPLOI

Pour être admissible au rabais stabilité d'emploi, l'assuré doit :

- dépasser les exigences en matière de revenu pour les deux dernières années (35 000 \$ pour les cols bleus et gris, 60 000 \$ pour les cols blancs) ;
- détenir au moins 3 ans d'expérience dans la même industrie.

Certaines professions ne sont pas admissibles au rabais dont les chauffeurs, les pêcheurs, les propriétaires de ferme, les travailleurs de l'industrie forestière et autres industries risquées.

Le rabais de stabilité d'emploi s'applique pour la durée du contrat.

10. Modifications autorisées après l'émission de la police

Voici un tableau résumant les modifications les plus fréquemment demandées.

ACCIDENT ET MALADIE

Type de modification	Permis en tout temps ¹	Permis à l'anniversaire seulement	Nouvelle demande d'assurance
Modification de fumeur à non-fumeur	X		
Réduction du montant de l'indemnité	X		
Modification pour un délai de carence plus long	X		
Modification pour une durée d'indemnisation plus courte	X		
Annulation d'un avenant	X		
Exercice d'une option d'assurance additionnelle		X	
Ajout d'un avenant ou augmentation de l'indemnité			X
Modification pour un délai de carence plus court			X
Modification pour une durée d'indemnisation plus longue			X
Modification pour un emploi moins risqué			X
Modification du plan			X

¹ Permis en tout temps, mais applicable à la prochaine date de prélèvement bancaire ou de facturation.

REPLACEMENT INTERNE

- Pour une police en vigueur depuis moins de 5 ans : L'équivalent du montant de la prime de la police remplacée continuera d'être commissionné au taux de renouvellement et l'augmentation de primes sera commissionnée en 1^{ère} année. Cette règle s'applique même lorsque le remplacement survient dans la première année.
- Pour une police en vigueur depuis au moins 5 ans : La nouvelle police sera entièrement commissionnée en 1^{ère} année.