

DEMANDE D'ADHÉSION — Veuillez conserver ce document, qui constitue votre CONFIRMATION D'ASSURANCE.

<i>Cette assurance est facultative</i>				N° du certificat	
RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT					
Date d'entrée en vigueur <small>(jour/mois/année)</small>	Durée du prêt <small>mois</small>	Paiement mensuel \$		<input type="checkbox"/> Camion lourd <input type="checkbox"/> Autre	
Date d'expiration <small>(jour/mois/année)</small>	Durée de l'assurance <small>mois</small>	Montant du prêt \$	Période d'amortissement <small>mois</small>	Valeur résiduelle/versement forfaitaire et final \$	
RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ ET LE COASSURÉ					
Nom de l'Assuré (Prénom, deuxième prénom, nom de famille)			Date de naissance <small>(jour/mois/année)</small>		Téléphone - Jour ()
Adresse (Numéro, rue, ville, province, code postal)			Sexe :		Téléphone - Résidence ()
Nom du Coassuré (Prénom, deuxième prénom, nom de famille)			Date de naissance <small>(jour/mois/année)</small>		Téléphone - Jour ()
Adresse (App., rue, ville, province, code postal)			Sexe :		Téléphone - Résidence ()
RENSEIGNEMENTS SUR LE CRÉANCIER			RENSEIGNEMENTS SUR LE CONCESSIONNAIRE		
Nom et adresse (Numéro, rue, ville, province, code postal)			Nom et adresse (Numéro, rue, ville, province, code postal)		

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT - CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Je déclare qu'à la date d'entrée en vigueur de l'assurance :

- Si je demande de souscrire une assurance vie en vertu de ce certificat, je réside au Canada, je suis âgé(e) d'au moins dix-huit (18) ans mais de moins de soixante-dix (70) ans, je suis capable d'accomplir les tâches habituelles de mon occupation principale et je suis personnellement responsable de rembourser le prêt.
- Si je demande de souscrire une assurance invalidité en vertu de ce certificat, je réside au Canada, je suis âgé(e) d'au moins dix-huit (18) ans mais de moins de soixante-six (66) ans, je suis capable d'accomplir toutes les tâches habituelles de mon emploi principal, j'occupe un emploi rémunéré et travaille activement un minimum de vingt-cinq (25) heures par semaine pendant un minimum de douze (12) semaines précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance; je suis personnellement responsable de rembourser le prêt, et si l'équipement lourd est un véhicule, mon emploi principal est l'exploitation du véhicule faisant l'objet du prêt.

L'information déclarée dans ce formulaire de demande d'adhésion est vraie et précise et je comprends que toute fausse déclaration rendra mon assurance invalide.

J'ai lu et je comprends que :

- La durée de l'assurance peut être égale ou inférieure à la durée de l'emprunt, mais qu'elle ne peut excéder 84 mois.
- Le capital assuré ne peut être supérieur au montant de l'emprunt, ni au maximum du régime.
- Lorsque deux assurés sont responsables du remboursement du prêt et que l'emploi principal des deux assurés implique l'exploitation de l'équipement faisant l'objet de ce prêt, les deux assurés doivent avoir choisi et être admissibles à l'assurance invalidité totale.
- Si le montant de l'emprunt est supérieur au capital assuré, la prestation d'assurance vie payable sera moindre que le solde impayé du prêt.
- Si la durée de l'assurance est inférieure à la durée de l'emprunt, la valeur résiduelle/versement forfaitaire et final est obligatoire en vertu de l'assurance vie.
- La demande d'adhésion ainsi que tout autre formulaire que je soumetts en relation avec cette assurance font partie intégrante du présent certificat.
- Les prestations en vertu de la police collective sont payables uniquement au créancier afin de réduire ou de rembourser le prêt.
- La date d'entrée en vigueur de l'assurance est la plus tardive des dates suivantes : la date où les fonds de mon prêt ou de mon contrat de location sont décaissés ou la date où cette demande d'adhésion est signée. Si une déclaration de santé est remplie, la date d'entrée en vigueur de l'assurance est la date à laquelle la demande d'adhésion est acceptée par l'Assureur.
- Si je ne suis pas admissible à la couverture ou si ma demande d'adhésion est refusée, la seule obligation de l'Assureur dans ce cas est de remettre au créancier toute prime payée par l'Assuré.**
- Les définitions afférentes à ce régime, y compris les détails concernant les risques non couverts, les limitations quant aux conditions préexistantes, réclamations, prestations et toutes autres modalités et conditions relatives à votre assurance, sont expliquées au verso.

Je comprends que les indemnités d'assurance payables aux termes du présent certificat sont assujetties aux conditions générales, ainsi qu'aux EXCLUSIONS ET LIMITATIONS énoncées dans le Guide de distribution qui m'a été remis, et que **les maladies préexistantes ne sont pas couvertes**. Je reconnais que si des prestations d'assurance étaient versées par l'Assureur, elles le seraient directement au créancier.

DÉCLARATION DE SANTÉ

Les réponses au questionnaire suivant permettent à l'Assureur d'évaluer mon assurabilité en vertu du présent certificat.

Je comprends et accepte que dans l'éventualité que ce questionnaire est incomplet, ma demande d'adhésion sera refusée et la seule obligation de l'Assureur dans ce cas sera de rembourser toute prime payée par l'emprunteur.

	Assuré		Coassuré		
	Oui	Non	Oui	Non	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">Directives</p> <ul style="list-style-type: none"> Si le montant de votre emprunt est supérieur à 200 000 \$, OU si votre prestation mensuelle d'invalidité est supérieure à 3 000 \$ et : <ul style="list-style-type: none"> si vous souscrivez à l'assurance vie (protection accident et maladie) ou à l'assurance Ultra protection vie, veuillez répondre aux questions Q1 et Q2. si vous souscrivez à l'assurance invalidité totale (protection accident et maladie), veuillez répondre aux questions Q1, Q2 et Q3. </div> <p>Q1 Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous séjourné dans un hôpital, consulté un médecin, reçu des conseils médicaux ou des traitements (y compris médicaments), ou a-t-on posé chez vous un diagnostic pour une des conditions suivantes : cancer ou tumeur, douleurs thoraciques, angine, crise cardiaque, troubles cardiaques, troubles sanguins, hypertension, accident vasculaire cérébral, diabète, troubles respiratoires ou des poumons, troubles circulatoires, troubles des reins, troubles urinaires, troubles du foie, hépatite, troubles cérébraux ou neurologiques, anxiété, dépression ou autres troubles psychiatriques ou nerveux, troubles d'estomac, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, douleurs chroniques, abus d'alcool ou de drogues, syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou syndrome associé au SIDA (SAS)?</p> <p>Q2 Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous fait une demande d'assurance vie, invalidité ou maladies graves qui a été refusée, assujettie à une surprime ou acceptée avec exclusion?</p> <p>Q3 Au cours des 24 derniers mois, avez-vous séjourné dans un hôpital, consulté un médecin, reçu des conseils médicaux ou des traitements (y compris médicaments) ou a-t-on posé chez vous un diagnostic pour une des conditions suivantes : fibromyalgie, fibrosite, ostéoartrite, syndrome de fatigue chronique, entorses ou autres problèmes de dos, du cou, des épaules, coudes, genoux, hanches ou autres articulations, des muscles, ligaments ou tendons?</p>	Q1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Q2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Q3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explications : Pour chaque réponse affirmative, veuillez préciser sur un document séparé, en indiquant le numéro de la question, la maladie, l'opération, l'examen, la consultation, la date, la durée, le médecin, l'endroit et l'adresse ainsi que la nature du traitement.

IMPORTANT

Lorsque la déclaration de santé doit être remplie, je reconnais que si toutes les réponses aux questions ci-dessus sont véridiques et négatives, l'assurance prendra effet à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-dessus. Dans le cas contraire, la demande doit être soumise à l'Assureur et, si celle-ci est acceptée, l'assurance prendra effet à la date à laquelle l'Assureur accepte le risque, mais rétroactivement à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-dessus. Par contre, si la demande est refusée, le présent certificat sera considéré comme nul et sans effet. Dans tous les cas, je reconnais que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner l'annulation de l'assurance ou le refus de paiement des prestations d'assurance.

PROTECTION DEMANDÉE

Assurance vie		CAPITAL ASSURÉ		PRIME	
<input type="checkbox"/> Protection MAXIMUM DU RÉGIME 18 à 59 ans : 400 000 \$ 60 à 69 ans : 150 000 \$		Terme décroissant \$	Valeur résiduelle/versement forfaitaire et final \$	\$	
<input type="checkbox"/> Assuré seulement <input type="checkbox"/> Coassuré seulement <input type="checkbox"/> Conjointement					
Assurance invalidité totale		PRESTATION MENSUELLE ASSURÉE		PRIME	
<input type="checkbox"/> Protection accident et maladie MAXIMUM DU RÉGIME 18 à 59 ans : 4 000 \$ par mois 60 à 65 ans : 1 800 \$ par mois		Délai de carence <input type="checkbox"/> 30 jours/rétroactif <input type="checkbox"/> 30 jours non rétroactif	Nombre maximal de prestations mensuelles <input type="checkbox"/> 24 mois <input type="checkbox"/> 12 mois	\$	
<input type="checkbox"/> Assuré seulement <input type="checkbox"/> Coassuré seulement <input type="checkbox"/> Conjointement					
Ultra protection vie (si l'assurance vie ou l'assurance invalidité totale n'ont pas été choisies)		CAPITAL ASSURÉ		PRIME	
<input type="checkbox"/> Assurance vie MAXIMUM DU RÉGIME 18 à 59 ans : 400 000 \$ 60 à 69 ans : 150 000 \$		Terme décroissant \$	Valeur résiduelle/versement forfaitaire et final \$	\$	
<input type="checkbox"/> Assuré seulement <input type="checkbox"/> Coassuré seulement <input type="checkbox"/> Conjointement					
ET 12 mois d'assurance invalidité (protection accident seulement) Délai de carence : 30 jours non rétroactif 18 à 59 ans : 4 000 \$ par mois 60 à 65 ans : 1 800 \$ par mois		PRESTATION MENSUELLE ASSURÉE		PRIME	
<input type="checkbox"/> Assuré seulement <input type="checkbox"/> Coassuré seulement <input type="checkbox"/> Conjointement		\$		\$	

Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts et je comprends que toute réponse inexacte ou déclaration erronée peut entraîner l'annulation du présent certificat.

Aux fins d'établissement de mon assurabilité, de gestion de mon dossier, et de l'étude de mes demandes de règlement, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant, entre autres, mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, les agences de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, mon employeur actuel ou précédent, et le bureau des Ressources humaines du Canada à les communiquer à Humania Assurance. J'accepte de me soumettre aux examens, électrocardiogrammes, prélèvements sanguins, échantillons d'urine ou rapports d'enquête, aux fins de la sélection des risques et des demandes de règlement. Par ailleurs, j'autorise Humania Assurance à communiquer les résultats de ces analyses à ses réassureurs, le cas échéant, à mon médecin traitant et au MIB, Inc. (MIB). J'autorise Humania Assurance, ou ses réassureurs, à soumettre au MIB un bref rapport au sujet des renseignements personnels sur ma santé. Aucune modification apportée à ce consentement touchera son contenu ni aura force exécutoire sur l'Assureur. Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Toute demande au sujet de votre assurabilité sera traitée de façon confidentielle. Cependant, Humania Assurance est en droit de fournir un bref rapport au MIB, un organisme à but non lucratif qui exploite un échange d'information pour le compte de ses membres. Le MIB fournira, sur demande, l'information de votre dossier à toute compagnie membre à laquelle vous soumettez une réclamation ou une demande d'adhésion pour une proposition d'assurance vie ou d'assurance accidents et maladie. Sur réception d'une demande de votre part, MIB prendra les dispositions nécessaires pour vous divulguer toute information contenue dans votre dossier. Si vous désirez contester l'exactitude des renseignements personnels au dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB afin de faire la correction qui s'impose.

L'Assureur se réserve le droit de rectifier ou de refuser tout certificat d'assurance jugé non conforme, et ce, dans un délai maximal de 15 jours de la date de réception du certificat.

Courriel : _____	Courriel : _____
Date jour / mois / année	Signature de l'Assuré X
	Signature du Coassuré X

DÉCLARATION DU TÉMOIN CHEZ LE DISTRIBUTEUR

Je déclare avoir été présent lorsque cette proposition a été remplie et avoir été témoin de toutes les signatures qui y sont apposées. J'ai remis la copie du formulaire d'adhésion et du certificat aux assurés.

Date jour / mois / année	Distributeur X
	Signature X

AVIS : Les dispositions contenues dans le présent RÉSUMÉ vous sont données à titre d'information seulement. C'est le texte de la police d'assurance collective émise par l'Assureur au distributeur participant qui constitue la description complète de votre assurance crédit et qui régit le versement des prestations.

RÉSUMÉ DE LA PROTECTION

DÉFINITIONS

ACCIDENT : Un événement soudain, violent et imprévisible qui occasionne directement et indépendamment de toute autre cause des blessures corporelles. Cet événement doit être dû exclusivement à une cause externe de nature violente, non intentionnelle et requérir des soins médicaux continus et réguliers prodigués par un médecin. Si une invalidité commence plus de quatre-vingt-dix (90) jours après la date de l'accident, cette invalidité sera considérée comme une maladie. La noyade est considérée comme étant un accident.

ASSURANCE CONJOINTE : L'assurance est conjointe quand un Assuré et un Coassuré sont couverts par le même contrat. Lorsque l'Assuré et le Coassuré sont admissibles à des prestations en même temps, ces dernières ne sont payables **qu'une seule fois**.

ASSURÉ : Personne mentionnée dans le certificat d'assurance comme étant l'Assuré, qui a une dette envers le créancier relativement à un prêt ou à une location à long terme et dont la prime requise a été payée.

ASSUREUR : **Humania Assurance** – 1555, rue Girouard Ouest, CP 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8.

COASSURÉ : Personne mentionnée dans le certificat d'assurance comme étant le Coassuré qui est coemprunteur, colocataire, cosignataire, codébiteur et dont la prime supplémentaire requise a été payée.

CRÉANCIER : Toute institution financière envers qui vous avez une dette concernant votre véhicule au autre équipement lourd **ou** le locateur du véhicule ou de l'équipement à qui sont payables les sommes prévues au contrat de location à long terme **ou** la personne à qui l'institution financière ou le locateur a cédé ses droits à titre de créancier. Le créancier est tel que désigné sur le certificat d'assurance.

DÉLAI DE CARENCE : Le délai de carence est la période de **30** jours consécutifs qui doit s'écouler entre le début de l'invalidité totale et la date à laquelle débute le versement des prestations. Vous devez demeurer invalide pendant toute la durée du délai de carence.

- **Protection non rétroactive** : Vous devenez admissible à recevoir des prestations à compter de l'expiration du délai de carence indiqué dans le certificat, et ce, de façon non rétroactive.
- **Protection rétroactive** : Vous devenez admissible à recevoir des prestations à compter de l'expiration du délai de carence indiqué dans le certificat, et ce, rétroactivement au **1^{er}** jour de l'invalidité.

Il n'y a pas de délai de carence en cas de récurrence.

DETTE : Le solde d'un prêt ou la valeur courante des versements restants dans le cas d'un contrat de location.

DISTRIBUTEUR (OU CONCESSIONNAIRE) : Le distributeur qui, dans le cadre de ses activités, offre de façon accessoire un produit d'assurance afférent uniquement à un véhicule ou autre équipement lourd qu'il vend ou loue en vertu d'un contrat de location à long terme.

EMPLOI OU EMPLOYÉ : Travailler activement, moyennant le paiement d'un salaire ou de toute autre forme de rémunération, un minimum de 25 heures par semaine pendant un minimum de 12 semaines précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Travailler au foyer n'est pas considéré comme étant un « emploi ».

ÉQUIPEMENT (OU ÉQUIPEMENT LOURD) : Machinerie lourde, véhicules ou autre équipement lourd motorisé, ou non motorisé tel que les attachements, conteneurs et remorques.

INVALIDITÉ OU INVALIDITÉ TOTALE : Une invalidité qui survient par suite d'un accident ou d'une maladie et qui se continue d'une manière ininterrompue pendant au moins la période correspondant au **délai de carence**. L'invalidité doit nécessiter les soins normaux et continus d'un médecin, autre que vous-même, qui agit dans le cadre de son permis d'exercice. L'invalidité doit vous empêcher, au cours des **12 premiers mois**, d'effectuer le travail que vous exerciez lorsque l'invalidité a débuté et, par la suite, tout travail rémunérateur pour lequel vous êtes qualifié en fonction de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience.

Si vous êtes sans emploi ou aux études au moment où débute l'invalidité, **invalidité totale** désigne votre incapacité, résultant, directement et indépendamment de toute autre cause, d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche d'accomplir les tâches habituelles de votre métier principal, de même que toute tâche pour laquelle vous seriez raisonnablement qualifié par votre éducation ou votre expérience.

Le manque de travail dans le secteur professionnel dans lequel vous êtes qualifié en raison de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience ne vous permet pas d'être considéré automatiquement comme étant totalement invalide.

MALADIE : Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin autre que vous-même. Dans le cadre du présent régime, la grossesse, l'avortement, la fausse couche ou l'accouchement qui en résulte ne sont pas considérés comme une maladie.

RÉCIDIVE : Une invalidité pour laquelle le délai de carence ne s'applique pas. Pour être considérée une récurrence, une période d'invalidité doit remplir toutes les conditions suivantes :

- elle fait suite à une **1^{re} période d'invalidité totale** pour laquelle le délai de carence a été complété et des prestations ont été payées par l'Assureur;
- il s'agit d'une nouvelle période d'invalidité totale d'une durée indéterminée découlant de la même cause ou d'une cause connexe;
- cette période est séparée de la **1^{re} période d'invalidité totale** par votre retour à l'emploi pour une période de moins de **trente (30) jours** consécutifs.

Toutefois, aucun paiement n'est effectué pour la période durant laquelle vous êtes retourné à votre emploi entre les périodes d'invalidité totale.

TRAITEMENT : Consultation, soins ou services rendus par un médecin, incluant les procédures de diagnostic et les médicaments d'ordonnance.

VALEUR RÉSIDUELLE : La valeur de l'équipement à l'expiration du contrat de location à long terme.

PRESTATION D'ASSURANCE VIE

MONTANT ASSURÉ

Vie régulière

Dans le cas d'un prêt : Le montant de la prestation correspond au solde du prêt assuré au décès, jusqu'à concurrence du maximum assurable défini ci-dessous.

Dans le cas d'une location à long terme : Le montant de la prestation correspond, sous réserve du maximum assurable défini ci-dessous, à la valeur actualisée des versements mensuels assurés payables à compter de la date du décès, jusqu'à la fin de la location à long terme plus la valeur résiduelle de l'équipement à la fin de la location à long terme indiquée sur le présent certificat, si celle-ci est assurée et la prime additionnelle requise a été payée.

Maximum assurable : Le montant maximal assurable est de :

⇒ 400 000 \$: si vous êtes âgé de 18 à 59 ans à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat, ou

⇒ 150 000 \$: si vous êtes âgé de 60 à 69 ans à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat.

Toutefois, si le montant de votre prêt est supérieur à 200 000 \$ (18 à 59 ans), une déclaration de santé est requise.

ASSURANCE INVALIDITÉ

MONTANT ASSURÉ

Pour chaque mois d'invalidité totale, la prestation mensuelle correspond au paiement mensuel assuré (incluant la prime d'assurance, si elle est financée) payable au créancier, sous réserve du délai de carence et de tout maximum payable.

Invalidité - 24 mois : La prestation mensuelle ne sera payable que pour une période maximale cumulative de **24 mois**.

Invalidité - 12 mois : La prestation mensuelle ne sera payable que pour une période maximale cumulative de **12 mois**.

Maximum assurable : Le montant maximal assurable est de :

⇒ 4 000 \$: si vous êtes âgé de 18 à 59 ans à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat, ou

⇒ 1 800 \$: si vous êtes âgé de 60 à 65 ans à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat.

Toutefois, si le montant de vos versements mensuels est supérieur à 3 000 \$ (18 à 59 ans), une déclaration de santé est requise.

Les prestations sont payables après le délai de carence.

Toute somme exigible à l'échéance du contrat de location est exclue.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

MISE EN GARDE

Outre les exclusions spécifiques indiquées ci-dessous, aucune prestation d'assurance vie et d'assurance invalidité ne sera payable si le décès ou l'invalidité découlent ou sont causés par ce qui suit :

- une **condition préexistante**, telle que définie ci-dessous;
- une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, tout acte de guerre, une émeute, une insurrection ou une révolution;
- la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel ou la provocation d'une attaque;
- la conduite d'un véhicule motorisé sous l'influence de stupéfiants ou alors que le taux d'alcoolémie dans le sang dépasse la limite permise par la loi;
- un vol ou une tentative de vol dans un aéronef si l'Assuré ou le Coassuré exerce une fonction à tout titre autre que celui de passager.

On entend par condition préexistante

Tout état pathologique, maladie ou affection, diagnostiqué ou non, dont l'Assuré ou le Coassuré a souffert ou pour lequel l'Assuré ou le Coassuré a reçu un traitement ou des recommandations de traitement dans les **12 mois** précédant immédiatement la date d'effet de l'assurance.

Ne constitue pas une condition préexistante tout état pathologique, maladie ou affection qui existait dans les **12 mois** précédant immédiatement la date d'effet de l'assurance mais à l'égard duquel l'Assuré ou le Coassuré n'a reçu ni traitement ni recommandation de traitement pendant une période continue de **12 mois** immédiatement après la date d'effet de l'assurance.

Les frais non inclus dans la prestation d'assurance vie ou d'invalidité sont, entre autres :

Les frais pour kilométrage excédentaire, les assurances, les frais d'immatriculation, les frais administratifs, les arrrages de versements mensuels, les intérêts ou les autres frais quelconques ainsi que la valeur résiduelle si cette option n'a pas été choisie relativement à l'assurance vie.

Exclusions et limitations relatives à l'assurance vie

• **Cancer**

Aucune prestation n'est versée si le décès résulte d'un cancer diagnostiqué pour la première fois dans les **180 jours** qui suivent la date d'effet de l'assurance.

• **Suicide**

Si l'Assuré se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, dans les **2 ans** de la date d'effet de l'assurance, la responsabilité de l'Assureur sera limitée au remboursement de la prime versée pour l'assurance vie de l'Assuré, et l'assurance vie continuera d'être en vigueur sur la vie du Coassuré.

Si le Coassuré se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, dans les **2 ans** de la date d'effet de l'assurance, la responsabilité de l'Assureur sera limitée au remboursement de la prime versée pour l'assurance vie du Coassuré, et l'assurance vie continuera d'être en vigueur sur la vie de l'Assuré.

Exclusions, réductions et limitations relatives à l'assurance invalidité

Aucune prestation n'est versée si l'invalidité totale résulte :

- d'une blessure auto-infligée ou d'une tentative de suicide, que l'Assuré ou le Coassuré soit alors sain d'esprit ou non;
- d'une grossesse, d'un avortement, d'une fausse couche ou d'un accouchement;
- d'une invalidité ayant débuté avant la date d'effet de l'assurance;
- d'une chirurgie facultative ou non requise médicalement; ou
- de la consommation d'alcool ou de drogues, sauf si l'Assuré ou le Coassuré est en cure fermée de désintoxication sous la surveillance d'un médecin.

Dans le cas d'une invalidité totale avec protection accident seulement

- d'une maladie;
- de blessures qui ne présentent ni plaies ni contusions apparentes, sauf les blessures internes visibles aux rayons X ou révélées à l'autopsie;
- blessures telles que claquage musculaire ou entorse au cou et au dos, notamment de la colonne lombaire, thoracique ou cervicale.

Examen médical

L'Assureur se réserve le droit de faire examiner l'Assuré ou, le cas échéant, le Coassuré par un médecin de son choix à tout moment et aussi souvent qu'il est raisonnablement requis de le faire en cours de règlement.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

L'assurance prend effet à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat d'assurance (si la demande doit d'abord être soumise à l'Assureur, l'assurance prendra effet à la date à laquelle l'Assureur accepte le risque, mais rétroactivement à la date d'entrée en vigueur indiquée sur le certificat).

Toutefois, il est entendu que l'assurance ne peut prendre effet avant la dernière des dates suivantes :

1. date d'acceptation ou de déboursement de votre prêt ou du contrat de location;
2. date à laquelle votre certificat est rempli et signé;
3. date de versement de la prime par le créancier.

Toutefois, l'Assureur se réserve le droit de rectifier ou de refuser tout certificat d'assurance jugé non conforme, et ce, dans un délai maximal de **15 jours** de la date de réception du certificat au bureau de l'Assureur.

RÉSILIATION DE L'ASSURANCE

L'assurance prend automatiquement fin à la première des éventualités suivantes :

1. date d'expiration indiquée sur le certificat;
2. date du décès de l'Assuré (ou, le cas échéant, du Coassuré);
3. date du **70^e anniversaire de naissance** de l'Assuré ou du Coassuré pour l'assurance vie et celle du **66^e anniversaire de naissance** pour l'assurance invalidité;
4. date du remboursement anticipé* du prêt dans son entier ou de la résiliation ou de l'annulation du prêt ou de la location à long terme;
* Un remboursement anticipé signifie que le solde du prêt est acquitté avant la date d'échéance prévue;
5. date de saisie de l'équipement qui sert de garantie au prêt ou de reprise de l'équipement par le créancier de la location à long terme, pour tout motif, ou par suite d'un jugement d'un tribunal;
6. date de votre réception d'un avis écrit de résiliation de l'assurance par l'Assureur pour l'un des motifs prévus par la Loi, notamment en cas de fausses déclarations;
7. date de renégociation du prêt. Vous devez aviser l'Assureur par écrit de tous les changements au prêt ou à la location à long terme, et ce, dans les **10 jours** de ces changements;
8. dans le cas d'une assurance invalidité, la date à laquelle l'Assuré ou le Coassuré prend officiellement sa retraite;
9. date de l'avis écrit de demande d'annulation de l'assurance par l'Assuré (ou, le cas échéant, par le Coassuré), qui prend effet à la plus tardive des dates suivantes, soit :
 - la date de réception de l'avis au bureau de l'Assureur
 - la date de prise d'effet de l'annulation indiquée dans cet avis.

La demande d'annulation de l'assurance faite par le Coassuré n'entraînera pas l'annulation de l'assurance de l'Assuré.

Les prestations d'assurance invalidité cessent à la première des éventualités suivantes :

- vous décédez;
- vous cessez d'être totalement invalide;
- dans le cas de maladies ou de troubles mentaux, nerveux, psychologiques, émotifs ou comportementaux : la date à laquelle trois (3) prestations mensuelles ont été payées. Si vous êtes sous les soins réguliers d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'un neurologue dûment autorisé, la date à laquelle douze (12) prestations mensuelles ont été payées;

- dans le cas de maladies ou de troubles du cou ou du dos, y compris, entre autres, la colonne lombaire, thoracique ou cervicale : la date à laquelle deux (2) prestations mensuelles ont été payées. Si vous êtes sous les soins réguliers d'un médecin spécialiste autorisé tel qu'un neurologue, un neurochirurgien, un physiatre, un chirurgien orthopédique ou un rhumatologue, la date à laquelle douze (12) prestations mensuelles ont été payées;
- la date à laquelle l'Assureur vous demande une preuve de votre invalidité totale, si cette preuve n'est pas fournie dans le délai prescrit par l'Assureur;
- la date à laquelle l'Assureur vous demande de vous faire examiner par un médecin ou autre praticien de son choix et que vous ne subissez pas cet examen dans le délai prescrit par l'Assureur;
- vous cessez, selon les critères de l'Assureur, de recevoir les soins réguliers d'un médecin;
- vous refusez un retour au travail progressif ou modifié selon ce que l'Assureur et ses médecins consultants jugent raisonnablement approprié.
- la date à laquelle tous les versements mensuels prévus sur le prêt ont été effectués, excluant tout montant en souffrance et les intérêts courus;
- la date où le nombre maximal de prestations d'invalidité est atteint, tel qu'indiqué sur le certificat d'assurance;
- vous recommencez à travailler;
- vous atteignez l'âge de 66 ans;
- vous prenez votre retraite.

DÉCLARATION ERRONÉE DE L'ÂGE

Advenant une déclaration erronée de l'âge de l'Assuré faisant en sorte que celui-ci n'aurait pas été admissible à l'assurance si son âge réel avait été déclaré, l'Assureur pourra annuler l'assurance à l'égard de l'Assuré en remboursant la différence entre la prime pour une assurance unique et celle d'une assurance conjointe ou s'abstenir de payer toute réclamation quant à l'Assuré, conformément à la Loi.

Advenant une déclaration erronée de l'âge du Coassuré faisant en sorte que celui-ci n'aurait pas été admissible à l'assurance si son âge réel avait été déclaré, l'Assureur pourra annuler l'assurance à l'égard du Coassuré en remboursant la différence entre la prime pour une assurance unique et celle d'une assurance conjointe ou s'abstenir de payer toute réclamation quant au Coassuré, conformément à la Loi.

Des frais d'annulation de 100 \$ s'appliqueront en cas d'annulation de l'assurance par l'Assureur pour déclaration erronée de l'âge de l'Assuré ou du Coassuré.

INCONTESTABILITÉ

Sauf en cas de fraude, nous ne contesterons pas le contrat pour fausse déclaration ou omission de faits essentiels à l'assurance après que le contrat aura été en vigueur du vivant du débiteur pendant une période de deux (2) ans à compter de la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Toutefois, l'Assureur se réserve le droit de contester le contrat en tout temps à l'égard des prestations d'invalidité, si l'invalidité a commencé dans les deux premières années d'assurance.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

En cas de décès, la succession de l'Assuré (ou, le cas échéant, celle du Coassuré) doit informer l'Assureur que l'Assuré (ou, le cas échéant, le Coassuré) est décédé et remplir le formulaire de demande de règlement.

En cas d'invalidité totale, toute demande de règlement doit être soumise par écrit à l'Assureur dans les **90 jours** suivant la date de l'invalidité à l'origine de la demande. L'impossibilité de soumettre cette preuve dans les délais prescrits n'invalide pas la demande de règlement, pourvu que celle-ci soit faite aussitôt qu'il est possible de le faire et au plus tard **12 mois** à compter de la date à laquelle la demande aurait dû être soumise.

Vous pouvez trouver le processus de traitement des plaintes de l'assureur au www.humania.ca

Les formulaires de demande de règlement sont disponibles à l'adresse suivante :

Humania Assurance 202-3720, de Chenonceau, Laval (Québec) H7T 0B2
Tél. 1-855-217-2774 / Fax 1-866-860-5565 • info@eirm.ca

ANNULATION DE L'ASSURANCE

Vous pouvez demander l'annulation de l'assurance, **sans pénalité**, en remplissant le formulaire joint en annexe au guide de distribution et en retournant ce formulaire à l'Assureur par courrier recommandé dans les **20 jours** suivant la date d'effet de l'assurance.

Si l'assurance est ainsi annulée par l'Assuré et le Coassuré, le certificat est considéré nul et sans effet. Aucune prestation ne sera versée par l'Assureur quant à toute perte qui aurait autrement été couverte et la prime payée sera remboursée intégralement.

Après ce délai de **20 jours**, vous pouvez demander la résiliation de la couverture **en tout temps** en faisant parvenir un avis écrit à l'Assureur, à l'adresse inscrite à la première page du guide de distribution.

Si l'assurance est résiliée pour l'un des motifs prévus à la section **RÉSILIATION DE L'ASSURANCE** :

- **paragraphes 1, 2 et 3** : aucune prime ne sera remboursée;
- **paragraphes 4, 5, 7, 8 et 9** : l'Assureur remboursera : toute prime non acquise en utilisant la formule mathématique de la Règle de 78 x 0,8 **moins** les frais d'annulation de 100 \$;
- **au paragraphe 6**, l'Assureur remboursera : la totalité des primes payées **moins** les frais d'annulation de 100 \$.

Si la protection de l'Assuré est annulée, l'assurance demeurera en vigueur quant au Coassuré, mais cessera quant à l'Assuré et l'Assureur remboursera les primes afférentes à sa protection d'assurance, conformément à la procédure décrite ci-dessus.

De même, si la protection du Coassuré est annulée, l'assurance demeurera en vigueur quant à l'Assuré, mais cessera quant au Coassuré et l'Assureur remboursera les primes afférentes à sa protection d'assurance, conformément à la procédure décrite ci-dessus.

Si la demande d'assurance de l'Assuré ou du Coassuré est refusée par l'Assureur, l'assurance de l'Assuré ou du Coassuré, selon le cas, sera considérée comme nulle et sans effet. Aucune prestation ne sera versée par l'Assureur quant à toute perte qui aurait autrement été couverte, et les primes afférentes à sa protection d'assurance seront remboursées intégralement.

L'assurance ne peut faire l'objet d'aucune cession ou d'aucun transfert sans le consentement écrit préalable de l'Assureur, et ce, conformément à la Loi.