

ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS AUTOMOBILES
 Demande d'adhésion et certificat d'assurance

Guide de distribution (loi 188 - Québec)

Reçu le _____

Signé par _____

AUT-

CONTRAT COLLECTIF N° 60100

 Cette assurance est facultative **EIRM**
A) IDENTIFICATION

ASSURÉ/DÉBITEUR			CO-ASSURÉ/CO-DÉBITEUR		
Nom	Prénom		Nom	Prénom	
Adresse postale	Rue	App. n°	Adresse postale	Rue	App. n°
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal
Téléphone (domicile)	(travail)		Téléphone (domicile)	(travail)	
()	()	()	()	()	()
Date de naissance	Date de début d'emploi		Date de naissance	Date de début d'emploi	
A M J	A M J		A M J	A M J	
Nom de l'employeur	Ville		Nom de l'employeur	Ville	

CONCESSIONNAIRE		CRÉANCIER	
Nom	Réf.	Nom	Réf.
Adresse postale	Rue	Adresse postale	Rue
Ville	Province	Code postal	Ville
Téléphone			Téléphone
()			()

 Type de financement : Prêt Prêt rachat Location (veuillez cocher la case appropriée)

B) ENGAGEMENT FINANCIER

Montant du prêt	Valeur résiduelle	Taux d'intérêt	Durée du prêt	Durée de l'ass.	Paiement mensuel incl. ass.
\$	\$	%	mois		\$
Obligation totale	Date d'entrée en vigueur	Paiement avant ass.	Date du premier paiement	Date de fin du prêt	
\$	A M J	\$	A M J	A M J	

C) ASSURANCE DEMANDÉE (Veuillez cocher la case appropriée)

	Vie	Invalidité 30 jours Délai de carence	30 jours accident ou hospitalisation 90 jours autres causes d'invalidité Délai de carence	Maximum vie : âges 18 à 70; 125 000 \$ Maximum invalidité : âges 18 à 64; 1 500 \$ par mois
Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rétro <input type="checkbox"/>	Non rétro <input type="checkbox"/>
Co-assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non rétro <input type="checkbox"/>	Prime totale
Primes				\$
				Valeur résiduelle (assurance vie) (obligatoire en cas de tronçage)
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

 Durée invalidité : 12 mois 18 mois Durée de l'assurance

GARANTIE D'ASSURABILITÉ OUI NON
D) ASSURANCE MALADIES GRAVES (Disponible seulement avec l'assurance vie). Maximum : âges 18 à 64; 125 000 \$)

Maladies couvertes : cancer, pontage à aorto-coronaire, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, coma et brûlures graves (Voir détails à l'endos)	<input type="checkbox"/> ASSURÉ <input type="checkbox"/> CO-ASSURÉ	Temporaire décroissante \$	Valeur résiduelle \$	PRIMES \$
---	---	-------------------------------	-------------------------	--------------

E) ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE (Délai de carence : 30 jours non rétroactif)

Disponible seulement avec l'assurance vie ou invalidité. Nombre maximum de prestations mensuelles payables : six (6) versements mensuels	<input type="checkbox"/> ASSURÉ <input type="checkbox"/> CO-ASSURÉ	Montant mensuel assuré Maximum du régime: 18 à 59 ans \$750 / mois	PRIMES \$
---	---	---	--------------

F) DÉCLARATION ET AUTORISATION (Veuillez cocher la case appropriée) — Le frais de police additionnel est de 100 \$

Je certifie par la présente : • que je suis une personne physique résidente au Canada et que je suis physiquement et mentalement capable d'accomplir les activités normales de la vie quotidienne; • que je suis âgé de 18 ans ou plus, mais moins de 71 ans pour l'assurance vie, moins de 65 ans pour l'assurance invalidité et/ou l'assurance maladies graves, et moins de 60 ans pour l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire.	Assuré OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Co-assuré OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	TAXE DE VENTE \$
Je déclare : 1. que j'exerce un emploi régulier exigeant que je sois au travail au moins 20 heures par semaine;	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PRIME TOTALE (incluant 100 \$ de frais de police) \$
2. que j'occupe un emploi saisonnier exigeant que je sois au travail au moins 25 heures par semaine. Pendant la période de non-emploi due à la saisonnalité du travail, j'étais en mesure d'accomplir les tâches régulières de mon emploi (vous n'êtes pas éligible à l'assurance perte d'emploi involontaire);	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. que je suis sans emploi ou que j'exerce un emploi ne respectant pas les conditions énumérées ci-dessus (vous n'êtes donc pas admissible à l'assurance invalidité ni à l'assurance emploi).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

De plus, pour l'assurance maladies graves, je déclare :

 • qu'au cours des 5 dernières années, je n'ai pas été hospitalisé, consulté de médecin, pris des médicaments prescrits, reçu des traitements ou des conseils médicaux, ou été diagnostiqué pour : cancer ou tumeur, douleurs thoraciques, angine, crise cardiaque, troubles cardiaques, troubles sanguins, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, diabète, troubles respiratoires ou pulmonaires, troubles circulatoires, troubles urinaires, troubles du foie, hépatite, troubles cérébraux ou neurologiques, anxiété, dépression ou tout autre trouble psychiatrique, troubles gastriques, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, douleurs chroniques, consommation d'alcool, abus de drogues, syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou complexe associé au SIDA;
 • qu'aucune demande d'assurance vie, invalidité ou maladies graves ne m'a été refusée, fait l'objet d'une surprime ou de restrictions;

D'autre part, pour l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, je déclare :

• que j'occupe un emploi rémunéré pendant au moins 40 semaines par année; • je suis admissible à des prestations en vertu de la Loi sur l'assurance emploi; • que je ne suis pas un travailleur autonome; • je suis à l'emploi d'une société envers laquelle je n'ai aucun lien de dépendance.

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 autre 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 rapport d'enquête, aux fins de la sélection des risques et 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 le 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, qui est 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.

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

Courriel _____	Courriel _____
Date A M J	Date A M J
Signature de l'assuré X	Signature du co-assuré X

G) DÉCLARATION DU TÉMOIN CHEZ LE CONCESSIONNAIRE

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 certificat aux assurés.

Date A M J	Signature de l'assuré X	Signature du co-assuré X
------------	--------------------------------	---------------------------------

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

RÉSUMÉ DE LA PROTECTION

DÉFINITIONS

ACCIDENT : un événement qui n'est pas intentionnel et qui est soudain, fortuit et imprévisible. Cet événement est aussi dû exclusivement à une cause externe de nature violente et il occasionne directement et indépendamment de tout autres causes, des blessures corporelles qui requièrent les soins continus et réguliers d'un médecin. Cet événement doit se produire pendant que l'assurance est en vigueur.

ASSURANCE CONJOINTE : l'assurance est conjointe quand un assuré et un co-assuré sont couverts par le même contrat. Lorsque l'assuré et le co-assuré 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 : désigne Humania Assurance — 1555, rue Girouard Ouest, CP 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

CO-ASSURÉ : personne mentionnée dans le certificat d'assurance comme étant le co-assuré qui est co-emprunteur, 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 ou le locateur du véhicule 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.

DÉLAI DE CARENCE : le délai de carence est la période de temps sans interruption qui doit s'écouler entre le début de l'invalidité totale et la date à laquelle débute le versement des prestations.

1. Assurance invalidité

Option de 30 jours pour toute cause d'invalidité

Dans le cas d'une demande de règlement d'invalidité totale, il y a un délai de carence de 30 jours. Ce délai est applicable à chaque réclamation faite, sauf en cas de récurrence.

La protection en vertu de cette option peut-être « rétroactive » ou « nonrétroactive » selon ce qui a été choisi sur le certificat d'assurance :

- **protection « rétroactive »** : le paiement des prestations commence après l'expiration du délai de carence de **30 jours** et ce, rétroactivement au **1^{er} jour** de votre invalidité totale. Vous devez demeurer totalement invalide pendant toute la durée du délai de carence de **30 jours**.
- **protection « non rétroactive »** : le paiement des prestations commence à l'expiration du délai de carence de **30 jours**. Vous devez demeurer totalement invalide pendant toute la durée du délai de carence de **30 jours**.

Option de 30 jours pour accident ou hospitalisation et 90 jours pour toute autre cause d'invalidité :

Dans le cas d'une demande de règlement pour invalidité totale, il y a un délai de carence de **30 jours** si l'invalidité résulte d'un accident ou s'il y a hospitalisation, et un délai de **90 jours** si l'invalidité résulte d'une autre cause d'invalidité. Le délai est applicable à chaque réclamation faite, sauf en cas de récurrence.

La protection en vertu de cette option est non rétroactive.

Le paiement des prestations commence après l'expiration du délai de carence de **30 jours** ou de **90 jours**, selon le cas, tel que spécifié dans le paragraphe cidessus. Vous devez demeurer totalement invalide pendant toute la durée du délai de carence (**30 jours** ou **90 jours**).

En cas de récurrence, il n'y a pas de délai de carence.

2. Assurance en cas de perte d'emploi involontaire

Vous devenez admissible à recevoir des prestations à compter du **31^e** jour suivant la perte d'emploi et ce, de façon non rétroactive. Vous devez demeurer sans emploi pendant toute la durée du délai de carence.

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

HOSPITALISATION : l'occupation d'une chambre d'hôpital à titre de patient alité admis, s'il y a émission d'une facture par un régime gouvernemental d'assurance maladie.

INVALIDITÉ OU INVALIDITÉ TOTALE : une incapacité 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 l'assuré ou le co-assuré, et 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.

Pour toute personne qui serait sans emploi ou aux études au moment où débute l'invalidité, invalidité totale désigne l'incapacité de l'assuré ou du co-assuré, résultant directement et indépendamment de toute autre cause, d'un accident ou d'une maladie, qui l'empêche d'accomplir ses tâches quotidiennes normales, de même que toute tâche pour laquelle il serait raisonnablement qualifié par son éducation ou son expérience.

Le manque d'emploi dans le secteur professionnel dans lequel l'assuré exercerait un travail pour lequel il est qualifié en raison de son instruction, de sa formation ou de son expérience ne permet pas qu'il soit considéré d'office comme totalement invalide ni ne lui donne droit aux indemnités mensuelles.

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 et l'accouchement ne sont pas considérés comme une maladie.

MALADIES GRAVES ASSURÉES désigne les maladies suivantes :

- **Accident vasculaire cérébral (AVC)** désigne un incident cérébro-vasculaire, provoqué par un infarctus du tissu cérébral et attribuable à une thrombose ou à une hémorragie intracrânienne ou suite à une embolie d'origine extra-crânienne. Dans le cas d'un déficit neurologique permanent persistant pendant 30 jours consécutifs, une confirmation écrite par un neurologue agréé est requise. Le diagnostic doit être confirmé au moyen de techniques d'imagerie fiables et acceptées cliniquement, telles qu'une tomographie par ordinateur (CT scan) du cerveau, imagerie par résonance magnétique (IRM), un PET scan et une analyse du liquide céphalorachidien. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont exclus.
- **Brûlures graves** désigne des brûlures au troisième degré couvrant au moins 20 % de la surface corporelle.
- **Cancer (constituant un danger de mort)** désigne une tumeur maligne, caractérisée par la croissance non contrôlée et la prolifération de cellules malignes qui envahissent les tissus. Sont exclues la leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 3 sur l'échelle de Rai et la maladie de Hodgkin à un stade inférieur au stade 3. De plus, le carcinome in situ, le mélanome malin d'épaisseur inférieure à 0,75 mm, le cancer de la prostate au stade A, ainsi que la maladie de Kaposi et les tumeurs résultant de l'infection du V.I.H. sont aussi exclues.
- **Coma** désigne l'état d'inconscience présentant une absence de réaction aux stimuli externes ou de réponse aux besoins internes pendant une période continue de sept jours. L'utilisation d'un système de maintien des fonctions vitales est requise au cours de la période d'inconscience.
- **Crise cardiaque (infarctus du myocarde)** désigne la mort d'une partie du muscle cardiaque provoquée par un approvisionnement inadéquat de sang aux zones pertinentes tel que démontré par les trois signes suivants : un épisode de douleur thoracique typique, de nouveaux changements signalés par l'électrocardiogramme montrant un infarctus du myocarde et un taux élevé d'enzymes cardiaques.
- **Pontage aorto-coronarien** désigne une chirurgie à cœur ouvert pour corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires à l'aide de pontages greffés. Les techniques non chirurgicales comme l'angioplastie par ballonnet ou déboucher une artère au laser sont exclues.

PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE désigne la perte involontaire de son emploi ou une mise à pied qui n'est pas attribuable à votre action, inaction, choix ou désir et qui n'avait pas été annoncée par l'employeur avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Ceci est un contrat d'indemnisation; il est de votre responsabilité de limiter les prestations et faire l'effort nécessaire pour trouver un nouvel emploi.

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 **30 jours** consécutifs.

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

VOUS : l'assuré et/ou le co-assuré, le cas échéant, à moins de mention contraire dans le texte du présent certificat.

PRESTATION D'ASSURANCE VIE ET MALADIES GRAVES

MONTANT ASSURÉ

Sur réception d'une preuve satisfaisante du décès ou de la maladie grave, l'assureur paiera les prestations d'assurance au créancier bénéficiaire.

Dans le cas d'un prêt : Le montant de la prestation est équivalent au solde du montant principal assuré à la date du décès ou de la maladie grave du débiteur, à condition que la prestation d'assurance n'excède pas le moindre de ces deux montants : le montant principal assuré indiqué sur le certificat ou 125 000 \$.

Si le montant principal assuré initialement, tel qu'indiqué sur le certificat est inférieur au montant initialement financé, la prestation d'assurance sera alors égale au montant de la dette qui doit être remboursée à la date du décès ou de la maladie grave, multiplié par une fraction dont le numérateur est le montant principal initialement assuré et le dénominateur, le montant initial du prêt.

Dans le cas d'une location à long terme : Le montant de la prestation est égal à la valeur escomptée, au taux d'intérêt du contrat de location, de la balance des paiements, y compris la valeur résiduelle indiquée sur la demande d'adhésion, s'il y a lieu, à condition que la prime exigée ait été payée.

Maximum assurable

Le montant maximum assurable est de 125 000 \$. Si votre prêt ou votre location à long terme (solde des versements plus valeur résiduelle si celle-ci a été choisie et la prime payée) excède ce montant, la prestation payable est proportionnelle à votre montant d'assurance par rapport au montant initial de votre prêt ou location à long terme.

Si la durée de l'assurance est inférieure à la durée du prêt, il est alors obligatoire de prendre l'option valeur résiduelle pour couvrir le solde du prêt à l'expiration de l'assurance.

PRESTATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ

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

Si l'option « 12 mois par cause d'invalidité » a été choisie

La prestation mensuelle ne sera payable que pour une période maximale cumulative de 12 mois pour une même cause d'invalidité, suivant le délai de carence et sujet à la clause de récurrence définie ci-dessus.

En cas de récurrence, le montant des prestations mensuelles d'invalidité sera payable pour une période maximale cumulative d'invalidité totale de 360 jours, calculée en tenant compte du délai de carence. Ce délai de carence ne sera applicable qu'à la première période d'invalidité totale.

Si l'option « 18 mois par cause d'invalidité » a été choisie

La prestation mensuelle ne sera payable que pour une période maximale cumulative de 18 mois pour une même cause d'invalidité, suivant le délai de carence et sujet à la clause de récurrence définie ci-dessus.

En cas de récurrence, le montant des prestations mensuelles d'invalidité sera payable pour une période maximale cumulative d'invalidité totale de 540 jours, calculée en tenant compte du délai de carence. Ce délai de carence ne sera applicable qu'à la première période d'invalidité totale.

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

Maximum assurable

La prestation maximum assurable est de 1 500 \$. Si vos paiements mensuels excèdent ce montant, la prestation mensuelle d'invalidité sera proportionnelle à votre montant d'assurance par rapport à vos paiements mensuels à votre créancier.

La prestation quotidienne est calculée selon le nombre de jours réels dans le mois. La prestation versée pour une fraction de mois dépend donc du nombre de jours que compte le mois en question.

PRESTATION D'ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

MONTANT ASSURÉ

Le montant de la prestation (payable après le délai de carence) correspond au paiement mensuel (incluant la prime d'assurance, si elle est financée) payable au créancier, sous réserve d'un maximum de 750 \$.

La période d'indemnisation commence à la date qui suit la fin du délai de carence de **30 jours** et les prestations sont payables jusqu'au retour au travail et pendant une période maximale cumulative de **6 mois**.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

MISE EN GARDE

Outre les exclusions spécifiques indiquées ci-dessous, aucune prestation d'assurance vie, d'assurance maladies graves, d'assurance invalidité ou d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire ne sera payable si le décès, la maladie grave, l'invalidité ou la perte d'emploi découle ou est causé 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;
- un acte criminel ou toute tentative de commettre un acte criminel;
- un vol ou tentative de vol à bord d'un aéronef si l'assuré ou le co-assuré voyage à tout autre titre que celui de passager;
- la conduite d'un véhicule motorisé sous l'influence de stupéfiants ou alors que le taux d'alcoolémie dans le sang excède la limite permise par la loi;
- service dans les Forces armées.

On entend par condition préexistante

Tout état pathologique, maladie ou affection, diagnostiqué ou non, dont l'assuré ou le co-assuré a souffert ou pour lequel l'assuré ou le co-assuré 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 co-assuré 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. Cette clause devient ineffective si l'assurance a été en vigueur pendant au moins 24 mois.

Les frais non inclus dans la prestation d'assurance vie, maladies graves, invalidité ou en cas de perte d'emploi involontaire sont entre autres :

les frais pour kilométrage excédentaire, les assurances, les frais d'immatriculation, les frais administratifs, les arrérages 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 et l'assurance maladies graves.

Exclusions et limitations spécifiques à l'assurance vie

• **Suicide**

Si l'assuré se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, dans les **2 ans** qui suivent la date d'effet de l'assurance, la responsabilité de l'assureur sera limitée au remboursement de la prime d'assurance vie versée pour l'assuré et l'assurance continuera d'être en vigueur pour le co-assuré.

Si le co-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 d'assurance vie versée pour le co-assuré et l'assurance continuera d'être en vigueur pour l'assuré.

• **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.

Exclusions et limitations spécifiques à l'assurance maladies graves

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera payable en raison de ce qui suit :

- une condition préexistante telle que décrite précédemment (voir aussi l'exclusion e) ci-dessous),
- une maladie grave qui a comme cause ou facteur contributif :
 - une tentative de suicide ou toute blessure infligée intentionnellement, que l'assuré ou le co-assuré soit sain d'esprit ou non;
 - une grossesse, un avortement, une fausse-couche ou un accouchement;
 - une chirurgie esthétique ou élective;
 - la consommation d'alcool ou de drogue, à moins de participer activement à un programme de réadaptation approuvé et sous le contrôle d'un médecin;
- une maladie grave admissible, si l'assuré ou le co-assuré ne satisfait pas à la période de survie de **30 jours**. La survie ne doit pas être due à un maintien en vie artificiellement.
- une maladie grave se rapportant à un cancer initialement diagnostiqué au cours de la période de **180 jours** suivant immédiatement la date d'effet de l'assurance;
- une maladie grave préexistante : (si un des événements suivants survient dans les **2 ans** suivant la date de prise d'effet de l'assurance)
 - dans le cas d'un cancer : si l'assuré ou le co-assuré était atteint d'une forme de cancer avant la date d'effet de l'assurance, une récurrence subséquente de cancer ne serait pas admissible aux prestations pour maladies graves, même si l'emplacement ou le genre de cancer diffère de la première occurrence; ou
 - dans le cas d'une crise cardiaque survenant après la date d'effet de l'assurance : si l'assuré ou le co-assuré souffrait d'une coronaropathie nécessitant une intervention chirurgicale avant ou à la date d'effet de l'assurance; ou
 - dans le cas d'une coronaropathie diagnostiquée après la date d'effet de l'assurance : si l'assuré ou le co-assuré a souffert d'une crise cardiaque avant la date d'effet de l'assurance.

Exclusions et limitations relatives à l'assurance invalidité

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

- d'une grossesse, d'un avortement, d'une fausse couche ou d'un accouchement;
- d'une lumbago ou d'une lombalgie dont l'existence ne peut être attestée subjectivement que par la seule présence de douleurs ressenties par l'assuré ou le co-assuré;
- d'une blessure auto-infligée ou d'une tentative de suicide en quelque état d'esprit qu'il ait été l'assuré ou le co-assuré;
- d'une chirurgie esthétique ou élective;
- d'une période de détention dans un pénitencier ou toute autre institution semblable;
- d'une maladie mentale ou de troubles nerveux incluant l'anxiété, la dépression, les troubles émotifs et les troubles de comportement, si l'assuré ou le co-assuré ne sont pas engagés activement dans un processus de traitement thérapeutique supervisé par un médecin spécialisé en ces matières;
- d'alcoolisme ou de toxicomanie, sauf si l'assuré ou le co-assuré est en cure fermée de désintoxication;
- d'un accident ou d'une maladie qui survient après que l'assuré ou le co-assuré aient pris sa retraite. De plus, aucune prestation d'invalidité n'est payable durant un congé de maternité, de paternité, d'adoption ou parental.

Exclusions et limitations spécifiques à l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire

Aucune prestation n'est versée si la perte est causée, directement ou indirectement, par les éléments suivants :

- une période de détention dans un pénitencier ou autre institution semblable;
- une tentative de suicide en quelque état d'esprit qu'il ait été l'assuré ou le co-assuré;
- une grossesse, un avortement, une fausse-couche, un accouchement;
- un congé de maternité, paternité, adoption ou parental;
- une chirurgie esthétique ou élective;
- la consommation d'alcool ou de drogue, à moins que l'assuré ou le co-assuré participe activement à un programme de réadaptation approuvé et sous le contrôle d'un médecin;
- une maladie ou blessure;
- une infirmité mentale ou physique ou affection de toute sorte;
- une perte d'emploi qui survient dans les premiers **90 jours** de la date d'effet de l'assurance;
- perte d'emploi volontaire;
- une retraite anticipée ou normale;
- un licenciement justifié, incluant entre autres l'inconduite, les conflits de personnalité, l'incapacité ou le refus d'accomplir certaines tâches;
- la fin des activités de l'employeur ou une mise à pied au lieu de travail de l'assuré ou du co-assuré, dans le cas où l'employeur avait annoncé son intention de mettre à pied du personnel ou de cesser ses opérations à cet emplacement avant la date d'effet de l'assurance;
- une grève ou conflit de travail au lieu de travail de l'assuré ou du co-assuré;
- la perte d'emploi en tant que travailleur saisonnier, travailleur autonome, ou alors que l'assuré ou le co-assuré était à l'emploi d'une société avec laquelle il avait un lien de dépendance, ou si l'assuré ou le co-assuré n'a pas travaillé **20 heures** par semaine pendant une période de **6 mois consécutifs**.

Réduction du montant de la prestation mensuelle

De plus, la prestation mensuelle est réduite de tout montant reçu par l'assuré ou par le co-assuré provenant d'une location de son véhicule à un tiers au cours de son invalidité, ainsi que de tout revenu d'entreprise généré par le véhicule au cours de l'invalidité.

Examen médical

S'il y a lieu, sur demande de l'Assureur aux fins du règlement d'une demande de prestations, l'assuré doit se soumettre à un examen médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur.

DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'engagement financier indiquée sur le certificat d'assurance.

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

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

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

CESSATION DE L'ASSURANCE

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

- la date de fin du prêt indiquée sur le certificat;
- la date du décès de l'assuré (ou, le cas échéant, du co-assuré);
- la date de paiement d'une prestation d'assurance maladies graves;
- date du **74^e anniversaire de naissance** de l'assuré ou du co-assuré pour l'assurance vie, celle du **71^e anniversaire de naissance** pour l'assurance maladies graves et l'assurance invalidité et celle du **65^e anniversaire de naissance** pour l'assurance perte d'emploi involontaire.
- 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.
- date de la saisie du véhicule qui sert de garantie au prêt ou de reprise du véhicule par le créancier de la location à long terme, pour tout motif, ou par suite d'un jugement d'un tribunal;
- 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;
- 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;
- dans le cas d'une assurance invalidité et l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, la date à laquelle vous prenez votre retraite;
- dans le cas d'une assurance en cas de perte d'emploi involontaire, la date à laquelle **6 versements** ont été effectués;
- dans le cas de l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, **60 mois** après la date d'effet de l'assurance;
- dans le cas de l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, la date à laquelle vous n'êtes plus disponible pour travailler au Canada;
- date de l'avis écrit de demande d'annulation de l'assurance par l'assuré (ou, le cas échéant, par le co-assuré) qui prend effet à la plus tardive des dates suivantes, soit :
 - la date de la réception de l'avis au bureau de l'Assureur;
 - la date de la prise d'effet de l'annulation indiquée dans cet avis.

La demande d'annulation de l'assurance faite par le co-assuré n'entraînera pas l'annulation de l'assurance de l'assuré et vice-versa.

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

- vous décédez;
- vous cessez d'être totalement invalide;
- vous êtes incapable ou vous refusez de fournir à l'Assureur les preuves satisfaisantes de votre invalidité totale;
- la date où la durée de la protection d'invalidité maximale de **12 ou 18 mois** est atteinte, si une de ces options a été choisies sur le certificat d'assurance;
- la date de remboursement total du prêt ou la date de fin du prêt indiquée sur le certificat d'assurance;
- vous recommencez à travailler;
- vous atteignez l'âge de **71 ans**;
- vous prenez votre retraite;
- vous refusez ou négligez de subir l'examen médical demandé par l'Assureur;
- vous cessez, selon les critères de l'Assureur, de recevoir les soins réguliers d'un médecin;
- vous refusez d'exercer un emploi de réadaptation que l'Assureur et ses médecins consultants jugent raisonnablement approprié.

GARANTIE D'ASSURABILITÉ

En cours d'assurance en vertu du présent certificat, vous pouvez obtenir, en cas de perte totale ou de vol de votre véhicule, une garantie d'assurance, sans preuve d'assurabilité, pour le véhicule de remplacement dans les **60 jours** suivant la perte totale ou le vol du véhicule d'origine.

La date de prise d'effet de la nouvelle assurance constitue le début de la période de **2 ans** applicable à l'exclusion du suicide. De plus, la clause de conditions préexistantes est reportée et s'applique à la date de prise d'effet de la nouvelle assurance.

La somme maximale assurée sans preuve d'assurabilité est égale au montant initial majoré de **8 %** annuellement pour chaque année écoulée entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de la perte totale ou du vol. La durée de ce nouveau prêt ou de cette nouvelle location doit être égale à la durée du prêt initial ou de la location initiale.

DÉCLARATION ERRONÉE DE L'ÂGE

S'il y a déclaration erronée de l'âge de l'assuré ou du co-assuré, les garanties et les primes payables sont celles relatives à son âge réel lors de l'adhésion. Toutefois si, à la date de prise d'effet de l'assurance, l'âge de l'assuré ou du co-assuré ne répond pas à l'âge minimal ou maximal d'admissibilité, l'assurance en vertu du présent certificat est nulle et sans effet à l'égard de l'assuré ou du co-assuré, et la responsabilité de l'Assureur sera limitée au remboursement de toutes les primes payées en vertu de cette police, moins les frais d'annulation de **75 \$**.

INCONTESTABILITÉ

En l'absence de fraude, aucune fausse déclaration ou réticence ne peut justifier l'annulation ou la réduction d'une assurance qui a été en vigueur pendant plus de deux (2) ans. Toutefois, si une invalidité a débuté durant les deux (2) premières années de l'assurance, cette règle ne s'applique pas et l'assureur peut annuler ou réduire toutes les prestations dues.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

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

En cas d'invalidité totale, maladie grave ou perte d'emploi involontaire, toute demande de règlement doit être soumise par écrit à l'Assureur dans les **90 jours** suivant la date de l'invalidité, maladie grave ou perte d'emploi involontaire à l'origine de la demande. L'impossibilité de soumettre cette preuve dans les délais prescrits n'invalide pas la demande de règlement à la condition que celle-ci soit faite aussitôt qu'il est possible de la 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

RÉSILIATION

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 co-assuré, le certificat est considéré nul et sans effet. Aucune prestation ne sera versée quant à toute perte qui aurait autrement été couverte et la prime payée sera remboursée intégralement, incluant les frais de police.

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. **Les frais de police sont acquis à l'Assureur et ne sont pas remboursables**.

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

- **paragraphes 1, 2, 3, 4, 10 et 11** : aucune prime ne sera remboursée;
- **paragraphes 5, 6, 8, 9 et 12** : l'Assureur remboursera : toute prime non acquise en utilisant la formule mathématique de la « Règle 78 multipliée par 0,8 » moins les frais d'annulation de 75 \$;
- **au paragraphe 7**, l'assureur remboursera : la totalité des primes payées moins les frais d'annulation de 75 \$.

Si la protection de l'assuré est annulée, l'assurance demeurera en vigueur quant au co-assuré, mais cessera quant à l'assuré et les primes afférentes à sa protection d'assurance seront remboursées conformément à la procédure décrite ci-dessus.

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

Si la demande d'assurance de l'assuré ou du co-assuré est refusée par l'Assureur, l'assurance de l'assuré ou du co-assuré, selon le cas, sera considérée comme nulle et sans effet. Aucune prestation ne sera versée 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 transfert sans le consentement écrit préalable de l'Assureur et ce, conformément à la loi.

ASSUREUR

ADMINISTRATEUR

CONCESSIONNAIRE

INSTITUTION FINANCIÈRE

ASSURÉ ET CO-ASSURÉ