

ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL

Assurance invalidité dettes

Temporaire (10 ans ou 20 ans selon la police souscrite par le titulaire) renouvelable jusqu'à 65 ans

Protection (Or, Argent ou Bronze)



Nicolas Moskiou
Président et chef de la direction



Luc Bergeron
Vice-Président Finances et Trésorier

Numéro de police :

Date d'effet :

Nom du titulaire :

Partie A

Définitions

Les termes identifiés en *italique* dans le texte ont la signification suivante :

Accident : événement survenant alors que la *police* est en vigueur et dû à des causes externes, violentes, soudaines, fortuites et indépendantes de la volonté de l'*assuré*. Si un *accident* cause une perte qui se manifeste pour la première fois plus de quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident*, cette perte est réputée être le fait d'une *maladie*.

Activités de la vie quotidienne : ensemble des gestes accomplis chaque jour par une personne dans le but de se nourrir, se vêtir, se mouvoir, prendre son bain, faire sa toilette et être continent :

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

Affection préexistante : une *blessure*, une *maladie* ou une affection qui s'est manifesté au cours de la période de (12 ou 24 mois selon la *police* souscrite par le *titulaire*) précédant la date d'effet de la *police* et pour laquelle :

- l'*assuré* a reçu un diagnostic, a été traité, hospitalisé ou suivi par un *médecin* ou tout autre professionnel de la santé; ou
- on a conseillé à l'*assuré* de se faire traiter ou de consulter un *médecin* ou tout autre professionnel de la santé; ou
- l'*assuré* a reçu une ordonnance ou pris des médicaments, a montré des signes ou des symptômes ou a subi des tests ou des examens.

Âge d'assurance : âge de l'*assuré* au dernier anniversaire de *police*.

Assuré ou personne assurée : la personne désignée comme telle sur la demande d'assurance.

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

Bénéficiaire : à moins d'indication contraire, le *bénéficiaire* par défaut est l'*assuré*. Le *titulaire* peut changer le *bénéficiaire* en notifiant l'*Assureur* par écrit de la nouvelle désignation.

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

Classe de risque : caractéristiques de l'*assuré* déterminant le taux de prime d'une protection. Les classes de risque sont basées sur le sexe, l'âge, le tabagisme et l'état de santé.

Créance admissible : tout prêt à durée fixe dont l'assuré est personnellement et légalement responsable à titre d'emprunteur ou de coemprunteur offerts par une institution financière reconnue, incluant sans s'y limiter : tout prêt personnel (tel que prêt levier, prêt-auto, bateau, moto, véhicule récréatif (VR), étudiant, rénovation), carte de crédit, marge de crédit, bail de location, prêt et marge de crédit hypothécaire.

Lorsque l'assuré n'a pas de prêt hypothécaire ou de marge de crédit hypothécaire, sera considérée comme créance admissible, le loyer mensuel de l'assuré rencontrant les normes de la régie du logement d'un bail d'une durée minimale d'un an, payable à une personne physique ou morale sans lien de parenté ni d'affaires avec l'assuré ou le titulaire.

Ne sont pas considérés comme des créances admissibles, les prêts entre individus.

Toute augmentation de créance et toute créance contractée par un assuré déjà en invalidité ne sont pas considérées comme une créance admissible.

Toute augmentation de créance et toute créance contractée par un assuré dans les quatre-vingt-dix (90) jours précédant le début de l'invalidité totale ne sont pas considérées comme une créance admissible, à moins que la créance n'ait été contractée dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la couverture d'invalidité.

Toute créance couverte par une autre assurance invalidité n'est pas admissible.

Les indemnités auxquelles l'assuré peut avoir droit en vertu des présentes sont établies en fonction de cette définition de créance admissible.

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

Durée maximale d'indemnisation : période de temps maximale, inscrite au sommaire des garanties, où des versements d'indemnité sont payables suite à un événement couvert.

Emploi ou travail : ces termes signifient, indistinctement, un emploi ou un travail rémunéré exercé par l'assuré juste avant le début de l'invalidité.

Hôpital : institution reconnue comme centre hospitalier de soins de courte durée en vertu des lois de la province de résidence de l'assuré, à l'exclusion de l'unité de soins de longue durée (des lits de cette institution qui sont utilisés pour les convalescents ou les malades chroniques).

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

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

Institution financière : une banque canadienne ou étrangère, une société de fiducie, de prêt ou d'assurance, une société coopérative de crédit ou toute personne morale régit par la loi des sociétés de fiducie et de prêt, toutes légalement autorisées à pratiquer au Canada ou dans la province de résidence de l'assuré.

Invalide ou invalidité : état d'invalidité totale de l'assuré, lié à un trouble résultant d'un accident ou d'une maladie.

Invalidité totale (ou totalement invalide) :

Lorsque l'assuré occupe un emploi rémunéré au début de l'invalidité : état de l'assuré qui est inapte à exercer toutes et chacune des fonctions de son emploi au début de l'invalidité et qui, durant ladite période, n'occupe pas un autre emploi et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Lorsque l'assuré est sans emploi au début de l'invalidité : état de l'assuré qui est incapable d'accomplir au moins une des activités de la vie quotidienne et qui demeure sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Maladie : détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, constaté par un médecin, qui n'a pas été causé par une blessure et dont les premiers symptômes se manifestent pendant que la présente police est en vigueur.

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

Montant mensuel admissible : équivalent mensuel du versement périodique payable par l'assuré pour rembourser une créance admissible.

Le montant mensuel admissible est basé sur le versement périodique payable converti sur une base mensuelle en multipliant le versement périodique par un facteur : pour un versement hebdomadaire, le facteur est de 52/12; pour un versement aux deux (2) semaines, le facteur est de 26/12.

Spécifiquement, le montant mensuel admissible pour :

- une marge de crédit ou une carte de crédit correspond au moins élevé entre trois pour cent (3 %) du solde débiteur au début de l'invalidité et le montant minimal exigible par l'institution financière sur le solde débiteur au début de l'invalidité. Ce montant est admissible pour dix (10) ans et est nul par la suite;
- une marge de crédit hypothécaire correspond au montant périodique régulier prélevé par l'institution financière durant les six (6) derniers mois précédant le début de l'invalidité. S'il n'y a pas de versement périodique régulier, le montant mensuel admissible correspond au moins élevé entre trois pour cent (3 %) du solde débiteur au début de l'invalidité et l'intérêt mensuel facturé sur le solde débiteur au début de l'invalidité par l'institution;
- un prêt hypothécaire correspond au plus élevé entre le montant établi dans la cédule d'amortissement ou le montant périodique régulier prélevé par l'institution financière durant les six (6) derniers mois précédant le début de l'invalidité.

Lors du renouvellement d'un prêt hypothécaire, le montant mensuel admissible peut augmenter. Lorsque le renouvellement d'un prêt hypothécaire à taux fixe se fait aux mêmes conditions (même solde, fréquence de versement, terme et période d'amortissement) et que le montant révisé de la cédule d'amortissement est supérieur au montant mensuel admissible courant, le montant mensuel admissible est augmenté pour correspondre au montant révisé de la cédule d'amortissement. Dans tous les autres cas, le montant mensuel admissible demeure inchangé.

Les taxes foncières et scolaires d'une propriété assujettie d'un prêt hypothécaire admissible sont considérées comme un montant admissible. Le montant mensuel admissible est égal au montant des taxes annuelles divisé par 12;

- un loyer résidentiel éligible correspond au montant du loyer pour une durée maximale de deux (2) ans et est nul par la suite;
- un prêt levier pour financer un placement correspond au moins élevé entre trois pour cent (3 %) du solde débiteur au début de l'invalidité et le montant minimal exigible par l'institution financière. Ce montant est admissible pour dix (10) ans et est nul par la suite;
- un prêt personnel correspond au versement périodique établi dans le contrat pour rembourser la dette. Ce montant est admissible jusqu'à la date d'échéance du prêt et est nul par la suite;

- un prêt contracté à l'échéance d'un prêt personnel ou d'un bail de location sur matériel roulant (auto, bateau, moto, véhicule récréatif (VR)), sur ce même bien, pour financer la valeur résiduelle indiquée au contrat original, sera considéré comme une créance admissible. Le nouveau montant mensuel admissible, correspondra alors au moindre entre le versement périodique établi dans le contrat pour rembourser la valeur résiduelle et le montant mensuel admissible du prêt personnel ou bail de location précédent;
- Tout autre type de créances admissibles correspond au versement périodique établi dans le contrat pour rembourser la dette.

À l'exception du montant mensuel admissible d'un prêt hypothécaire, le montant mensuel admissible ou le calcul du montant mensuel admissible est déterminé au début de l'invalidité et reste le même jusqu'à la fin de la période d'amortissement originale du prêt.

Pour toute créance personnelle admissible contractée par plusieurs parties avec une obligation solidaire, le montant mensuel admissible correspond à 100 % du versement admissible nonobstant le pourcentage de responsabilité de l'assuré.

Lorsque la créance admissible a été pleinement remboursée, le montant mensuel admissible est nul (0 \$).

En cas de faillite de l'assuré, en cours d'invalidité, le montant mensuel admissible devient nul (0 \$) et aucune autre prestation d'invalidité n'est payable.

Le montant mensuel admissible ne tient compte d'aucune forme de paiement anticipé ou forfaitaire.

L'Assureur n'assume aucune responsabilité vis-à-vis les montants en retard, les intérêts en retard ainsi que les frais chargés par une institution financière.

Occupation : ce à quoi un assuré consacre ses activités et son temps à l'exclusion des loisirs.

Police : le présent contrat, la proposition relative à cette police, toute demande de remise en vigueur et toute demande de modification écrite de ce contrat.

Prêt : créance constatée par un contrat qui stipule clairement la date et le montant initial du prêt consenti, la date d'échéance et le versement périodique à payer jusqu'à l'épuisement de la dette ou jusqu'à la date d'échéance du prêt.

Régimes gouvernementaux : l'ensemble des régimes gouvernementaux provinciaux, territoriaux et fédéraux ou tout autre régime ou loi donnant droit à des prestations d'invalidité, desquels l'assuré a droit de tirer des prestations.

Résident canadien : personne autorisée par la loi à résider au Canada, qui y demeure au moins six (6) mois par année civile et qui est admissible aux régimes gouvernementaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de la province où elle demeure. Cette police n'est offerte qu'aux résidents canadiens à la date d'effet de la police.

Soins d'un médecin : soins réguliers et personnels prodigués par un médecin qui, d'après les normes médicales courantes, conviennent à l'affection qui cause l'invalidité de l'assuré.

Titulaire : personne qui a la propriété de cette police.

Partie B

Garantie d'invalidité totale dettes

Temporaire (10 ans ou 20 ans selon la *police* souscrite par le *titulaire*) renouvelable jusqu'à 65 ans
Protection (Or, Argent ou Bronze)

Indemnités

Lorsque l'*invalidité* de l'*assuré* ne résulte pas ou n'est pas relié directement ou indirectement avec une *affection préexistante*, l'*Assureur* paie mensuellement, alors que l'*assuré* est *totalelement invalide*, la somme des *montants mensuels admissibles* jusqu'à concurrence du montant de garantie d'*invalidité totale* dettes inscrit au sommaire des garanties, compte tenu du *délai de carence* et de la *durée maximale d'indemnisation* indiquée à ce sommaire, sous réserve des restrictions et exclusions de la *police*.

Les indemnités sont payables exclusivement pour le remboursement des *créances admissibles*. L'*Assureur* se réserve le droit de prendre les mesures nécessaires pour que les indemnités soient utilisées au remboursement de *créances admissibles*.

Lorsque l'*invalidité* de l'*assuré* résulte ou est reliée directement ou indirectement avec une *affection préexistante* et que celle-ci débute plus de (12 ou 24 mois selon la *police* souscrite par le *titulaire*) suivant la date d'effet de la présente garantie, l'*Assureur* paie mensuellement, alors que l'*assuré* est *totalelement invalide*, 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, sous réserve des restrictions et exclusions de la *police*.

Aucune indemnité d'*invalidité* n'est payable lorsque l'*invalidité* de l'*assuré* résulte ou est reliée directement ou indirectement avec une *affection préexistante* et que l'*invalidité* débute durant la période de (12 ou 24 mois selon la *police* souscrite par le *titulaire*) suivant la date d'effet de la présente garantie. La responsabilité de l'*Assureur* se limite alors au remboursement des primes payées et la *police* prend fin sans aucune autre valeur.

Toute indemnité d'*invalidité* de *régimes gouvernementaux* n'affecte aucunement le montant payable sous cette garantie d'*invalidité totale* dettes.

Restrictions

Assuré sans emploi depuis plus de cent vingt (120) jours

Lorsque l'*assuré* est sans *emploi* depuis plus de cent vingt (120) jours au début de l'*invalidité totale*, l'*indemnité* payable est modifiée de la façon suivante :

- l'*Assureur* paie mensuellement la somme des montants mensuels admissibles jusqu'à concurrence du moindre de cinquante pour cent (50 %) du montant d'*indemnité* de garantie d'*invalidité totale* dettes inscrit au sommaire des garanties et d'une indemnité maximale de mille deux cents dollars (1 200 \$) pour l'ensemble des protections d'*invalidité* détenues par l'*assuré* auprès de l'*Assureur*.

Montant maximal mensuel assurable

Le montant total des indemnités mensuelles payables par l'*Assureur* pour l'ensemble des *polices invalidité* ou pour l'ensemble des *polices* créance HUMANIA ASSURANCE – ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL, sur la tête d'un *assuré* ne peut être supérieur à deux mille cinq cents dollars (2 500 \$). Dans l'éventualité où le montant détenu par un *assuré* dépasse ce montant, l'*Assureur* paiera une indemnité totale de deux mille cinq cents dollars (2 500 \$) et remboursera les primes payées sur les indemnités en excédent de cette somme.

Montant maximal payable

Le montant total des indemnités payables par l'Assureur pour cette police ne peut être supérieur à vingt-quatre (24) fois le montant de l'indemnité souscrite pour la durée de vie du contrat. Lorsque ce maximum est atteint, la police prend fin.

Exclusions

Aucune indemnité d'invalidité n'est payable, pour toute la durée de l'invalidité, lorsque l'invalidité de l'assuré résulte ou est relié directement ou indirectement avec une affection préexistante et que l'invalidité débute durant la période de (12 ou 24 mois selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la présente garantie.

Aucune indemnité d'invalidité n'est payable lorsqu'elle résulte :

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que l'assuré s'est infligés 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 illégal ou criminel, 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;
- de toxicomanie, d'alcoolisme, 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 blessure subie au cours d'un déplacement aérien, sauf si l'assuré est passager payant d'un aéronef d'un transporteur public;
- 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 acrobatiques, l'hélicski 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;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une chirurgie électorale, 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.

Aucune indemnité d'invalidité n'est payable pour :

- une grossesse, un accouchement, une fausse couche et toute condition qui en résulte, sauf en cas de complication pathologique;
- la période où l'assuré est incarcéré dans un pénitencier ou un établissement gouvernemental de détention.

Indemnité rétroactive

Lorsque l'assuré a reçu des indemnités d'invalidité totale pendant six (6) mois consécutifs, l'Assureur paie une somme forfaitaire équivalente aux indemnités d'invalidité totale qui auraient été payées durant le délai de carence, de la garantie concernée, comme si ce délai n'avait pas existé.

Présomption d'invalidité totale et permanente

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

Perte totale et permanente d'usage signifient pour :

- une main, un pied : l'amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville ou plus haut, s'il n'y a pas d'amputation, la perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied;
- l'ouïe : la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus dans un seuil de parole de 500 à 3 000 cycles par seconde, confirmée par un oto-rhino-laryngologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada;
- la vue : la 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), confirmée par ophtalmologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada.

Dispositions générales

Les définitions et les restrictions de la présente garantie d'invalidité totale s'ajoutent à celles inscrites aux dispositions générales de la police.

Partie C

Dispositions générales

Date d'effet

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

Indemnité d'invalidité

Lorsque l'assuré est atteint d'une invalidité couverte par la présente police, l'Assureur paie le montant de l'indemnité admissible. Les paiements débutent lorsque le délai de carence est complété, sous réserve des restrictions, exclusions et dispositions générales de la police et de ses garanties.

Début de l'invalidité : Aux fins de la présente police, l'invalidité débute à la date de la première consultation médicale qui suit le début de l'invalidité et qui y est liée.

Ajustement de l'indemnité : 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.

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, par le fait même, le délai de carence n'est pas encouru de nouveau.

Si l'assuré redevient invalide après avoir été capable d'exercer un emploi à temps plein ou après avoir été en mesure d'en accomplir ses occupations principales, 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 inscrit au sommaire des garanties s'appliquera à nouveau.

Réadaptation : Lorsque l'Assureur verse une indemnité d'invalidité, l'Assureur paie 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.

Pluralité des causes d'invalidité : Si au cours de la période d'indemnisation, il survient un autre accident ou maladie, cet autre accident ou maladie ne donne droit à aucune indemnité d'invalidité 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 ne se soit rétabli de sa première invalidité, et qu'il survient un autre accident ou maladie, cet autre accident ou maladie ne donne droit à aucune indemnité en vertu de la présente police.

Don d'organe(s) : l'invalidité due à un don d'organe(s) ne donne droit à aucune indemnisation, 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.

Restrictions

Si l'assuré refuse tout traitement ou toute médication jugés nécessaire pour son état de santé, l'Assureur peut suspendre le paiement des indemnités mensuelles.

Les indemnités d'invalidité sont établies en fonction des montants mensuels admissibles de l'assuré, au début de l'invalidité, jusqu'à concurrence du montant d'indemnité indiqué au sommaire des garanties. Il est important pour le titulaire de vérifier périodiquement si le montant d'indemnité correspond toujours à ses besoins.

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.

Aucun intérêt n'est versé pour toute indemnité d'invalidité payable en vertu de la police, sauf si exigé par la loi.

Exonération des primes

Après trois (3) mois continus d'invalidité totale, l'Assureur accorde l'exonération des primes subséquentes, et ce, tant que l'assuré est éligible à recevoir des indemnités d'invalidité totale.

Primes

À chaque période de (10 ans ou 20 ans selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet stipulée au sommaire des garanties, la prime est ajustée pour refléter l'âge atteint de l'assuré, la classe de risque initiale de l'assuré et les taux de primes en usage à cette date.

AJUSTEMENTS DUS À L'EXPÉRIENCE

À moins de mention explicite à la garantie, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster les primes des garanties selon l'expérience si elle diffère des résultats anticipés.

Modalité de paiement

La prime est payable mensuellement par prélèvement automatique ou annuellement, au choix du titulaire. Lorsqu'un chèque ou une autre lettre de change, ou un billet ou une autre promesse écrite de payer est donné pour la totalité ou une partie d'une prime et que le paiement n'est pas effectué selon sa teneur, la prime, ou la partie de celle-ci, est réputée n'avoir jamais été payée.

Le titulaire peut modifier les modalités de paiement à la condition que l'assuré ne soit pas invalide lors de la demande de modification.

Délai de Grâce

Un délai de grâce de trente (30) jours est accordé pour le paiement de chacune des primes, à l'exception de la première prime. Lorsque la prime demeure impayée après ce délai, la police ainsi que toutes ses garanties d'assurance prennent fin. Si l'Assureur ne reçoit pas le paiement de la première prime comme prévu, la présente police sera considérée n'avoir jamais été émise.

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

Âge

Aux fins de la présente police, l'âge de l'assuré est l'âge de ce dernier à son dernier anniversaire de naissance au moment de l'émission d'une garantie. Si, par erreur ou autrement, l'âge utilisé pour le calcul de la prime est erroné, l'Assureur, au moment du règlement de l'assurance, ajustera le montant payable pour refléter l'âge véritable à la date à laquelle la personne assurée est devenue assurée.

Participation

La présente police est une police non participante et ne comporte aucun droit de participation aux bénéfices de l'Assureur.

Divuligation

L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire sont tenus de coopérer pleinement avec l'Assureur et ils doivent divulguer à l'Assureur dans la proposition, lors d'examen médical, le cas échéant, et dans une déclaration écrite ou une réponse donnée à titre de preuve d'assurabilité, tous les faits dont ils ont connaissance et qui sont essentiels à l'assurance et ne sont pas déclarés par l'autre. L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire doivent également signer tout formulaire ou autre document permettant à l'Assureur d'obtenir tout renseignement pertinent.

Sous réserve des articles ayant trait à l'incontestabilité et à l'âge, l'omission de divulguer ou la déclaration inexacte portant sur un tel fait rendent le contrat annulable par l'Assureur.

Incontestabilité

Lorsqu'une garantie a été continuellement en vigueur pendant deux (2) ans à l'égard d'une personne assurée, l'omission de divulguer ou la déclaration inexacte d'un fait à l'égard de cette personne, ne rend pas la garantie annulable, sauf en cas de fraude.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la demande de règlement faite à la suite d'un sinistre qui a été subi, ou d'une invalidité qui a commencé avant que la garantie ait été en vigueur durant deux (2) ans relativement à la personne pour laquelle la demande de règlement est effectuée.

Fin de la police et des garanties

À moins de stipulation particulière au niveau d'une garantie donnée, la présente police et les garanties prennent fin à la première des dates suivantes :

- la date de réception par l'Assureur d'une demande écrite du titulaire d'annuler la présente police;
- la date d'expiration du délai de grâce du paiement de la prime;
- la date à laquelle une invalidité résultant ou reliée directement ou indirectement avec une condition préexistante survient dans la période de (12 ou 24 mois selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la garantie;
- la date à laquelle le maximum des indemnités mensuelles a été versé;
- la date d'anniversaire de police où l'assuré atteint l'âge d'assurance de soixante-cinq (65) ans;
- à la date où l'assuré cesse d'être résident canadien;
- au décès de l'assuré.

Changement de bénéficiaire

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

Règlement de la police

Toute indemnité est payée à l'assuré à moins d'avis contraire soumis par écrit à l'Assureur.

Remboursement

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

Monnaie légale

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

Droit d'annulation

Le titulaire peut obtenir l'annulation de la présente police, dans un délai de quinze (15) jours de la date de sa réception ou à l'intérieur des soixante (60) jours suivant la date où la police est émise au titulaire. Une demande écrite d'annulation doit être reçue par l'Assureur dans ces délais. Toute prime perçue en vertu de la police est alors remboursée au titulaire.

Conformité avec la loi

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

Dispositions générales

Les exclusions, les limitations et les dispositions générales s'appliquent à la police ainsi qu'à toutes les garanties dans la mesure où elles s'y rapportent.

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