HUMANIA ASSURANCE MD®

ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS

Guide de distribution (loi 188 - Québec)

Reçu le _____

Signé par _____

EIRM

CERTIFICAT N°

VR -

CONTRAT COLLECTIF Nº 60120

Demande d'adhésion et certificat d'assurance

Cette assurance est facultative

Date d'entrée en vigueur de l'assurance: J M A

	DÉBITEUR	CODÉBITEUR
Durée de l'assurance-vie		
Durée de l'assurance-invalidité		

Montant financé _____ $ Taux d'intérêt _____ %

Terme du prêt _____ Période d'amortissement _____ mois

VERSEMENT MENSUEL _____

NOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

No de téléphone

Âge

Date de naissance J M A

NOM ET ADRESSE DU CODÉBITEUR

No de téléphone

Âge

Date de naissance J M A

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

No de téléphone

NOM ET ADRESSE DU CONCESSIONNAIRE

No de téléphone

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

ASSURANCE-VIE Âge 18-70 Durée maximale de la protection = 180 mois		**Montant principal assuré** Montant max. = 300 000 $	**Primes** Minimum 75 $
DÉBITEUR	Temporaire décroissante	$	$
	Valeur résiduelle	$	$
CODÉBITEUR	Temporaire décroissante	$	$
	Valeur résiduelle	$	$
TOTAL DES PRIMES D'ASSURANCE-VIE (A)			$

ASSURANCE-INVALIDITÉ Âge 18-65 Durée max. de la protection = 84 mois, OU 180 mois si 24 mois par invalidité	**Montant mensuel assuré** Prestation maximale= 3 000 $ / mois	**Primes** Minimum 75 $
DÉBITEUR		
PROTECTION « RÉTROACTIVE » 30 JOURS	$	$
PROTECTION « NON-RÉTROACTIVE » (30 JOURS)	$	$
CODÉBITEUR		
PROTECTION « RÉTROACTIVE » 30 JOURS	$	$
PROTECTION « NON-RÉTROACTIVE » (30 JOURS)	$	$
NOMBRE MAXIMUM DE PRESTATIONS MENSUELLES (Veuillez apposer vos initiales pour indiquer votre choix) ☐ 24 mois X ☐ DURÉE DU PRÊT X MAX. 84 MOIS	TOTAL DES PRIMES D'ASSURANCE INVALIDITÉ (B)	$

MALADIES GRAVES (avec assurance vie seulement)

Maladies couvertes : Cancer, pontage aorto-coronarien, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, coma et brûlures graves (Voir certificat pour les détails)

☐ DÉBITEUR ☐ CODÉBITEUR

Échéance dégressive	Valeur résiduelle	Durée de l'assurance	PRIMES (C)
$	$	mois	$

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

Nombre max. de prestations mensuelles payables : Six (6) mois

☐ DÉBITEUR ☐ CODÉBITEUR

Montant assuré mensuellement :		Durée de l'assurance (max. 60 mois)	PRIME (D)
Maximum Âge 18-60 750 $ / mois	$		$

TAXE DE VENTE (E)	$
TOTAL DES PRIMES (A+B+C+D+E)	$

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU DÉBITEUR ET/OU DU CODÉBITEUR

1. ADMISSIBILITÉ :
Je certifie par la présente que je suis âgé d'au moins dix-huit (18) ans, et moins de soixante et onze (71) ans à la date d'entrée en vigueur de l'assurance vie (65 ans pour l'assurance maladies graves) et que j'aurai moins de soixante-treize (73) ans à la date d'expiration prévue de l'assurance. De plus, pour être admissible à l'assurance invalidité, si celle-ci est demandée, je dois être âgé de moins de soixante- six (66) ans à la date d'entrée en vigueur et à la date prévue d'expiration de l'assurance et dans les douze (12) derniers mois, j'ai occupé un emploi à temps plein (minimum de 30 heures par semaine) pendant au moins quarante (40) semaines.

Je suis en droit de soumettre une demande d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, si à la date d'entrée en vigueur de l'assurance :
- je réside au Canada et je suis âgé d'au moins 18 ans, mais de moins de 60 ans;
- je suis en mesure d'accomplir les tâches régulières relatives à mon travail;
- j'ai souscrit soit à l'assurance vie ou à l'assurance invalidité offerte par le présent certificat d'assurance;
- j'ai contracté un prêt dont la somme n'excède pas le montant d'assurance maximum du régime et la période d'assurance n'excède pas 60 mois;
- j'occupe un emploi rémunéré et je travaille activement un minimum de 30 heures par semaine, à raison d'au moins 40 semaines par année;
- je suis admissible à des prestations en vertu de la Loi sur l'assurance emploi;
- je ne suis pas un travailleur autonome;
- je suis à l'emploi d'une société envers laquelle je n'ai aucun lien de dépendance; et
- mon emploi normal n'est pas sujet à des conditions saisonnières dans lesquelles une mise à pied ou une suspension de travail font partie intégrante du calendrier de travail (employé saisonnier).

	Débiteur OUI	Débiteur NON	Codébiteur OUI	Codébiteur NON
2. Avez-vous, au cours des douze (12) derniers mois, consulté ou été traité par un Médecin ou un professionnel de la santé, subi un examen ou un suivi médical, souffert d'une Maladie ou subi une Blessure corporelle?	☐	☐	☐	☐

Si l'une des personnes a répondu « OUI », aucune prestation n'est payable si le décès ou l'invalidité de cette personne, résultant directement ou indirectement de cette Maladie ou de cette Blessure, survient dans un délai de 24 mois après la Date d'effet de l'assurance.

À COMPLÉTER SI VOUS FAITES UNE DEMANDE POUR DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES OU SI VOTRE ENTENTE FINANCIÈRE EXCÈDE 100 000 $ OU SI VOTRE MONTANT MENSUEL ASSURÉ EXCÈDE 2 000 $

3. QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ :

A. Taille et poids : Débiteur : Taille :_____pi.po./cm Poids :_____lb/kg Codébiteur Taille :_____pi.po/.cm Poids :_____lb/kg

AU COURS DES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES	Débiteur OUI	Débiteur NON	Codébiteur OUI	Codébiteur NON
B. Avez-vous été soigné(e) pour l'une ou l'autre des maladies ou affections énumérées ci-après ou en avez-vous ressenti les symptômes : cancer, tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie du cœur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires ou respiratoires, troubles rénaux ou génito-urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, musculo-squelettiques, maladie du système digestif, maladie immunitaire ou toute autre maladie grave ?	☐	☐	☐	☐
C. Avez-vous séjourné dans un hôpital ou dans tout autre établissement hospitalier pendant une période de sept (7) jours consécutifs, sauf pour un accouchement ?	☐	☐	☐	☐
D. Avez-vous déjà fait une demande d'assurance de personnes qui a été refusée, tarifée ou acceptée avec exclusion ?	☐	☐	☐	☐
E. Y a-t-il une raison de santé qui vous empêche actuellement de vaquer à vos occupations normales ?	☐	☐	☐	☐
F. Vos parents, frères ou sœurs, ont-ils souffert d'une maladie du cœur, des reins, d'un accident vasculaire cérébral (AVC), de diabète, du cancer ou de toute autre maladie héréditaire diagnostiquée avant 64 ans ?	☐	☐	☐	☐

Explications :

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

4. IMPORTANT :
Lorsque le questionnaire relatif à l'état de santé doit être complété, je reconnais que si toutes les réponses aux questions ci-dessus sont négatives et véridiques, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation du contrat de financement ou à la date du déboursé du prêt prévu au contrat de financement selon la plus éloignée de ces dates. Dans le cas contraire, la demande doit être soumise à l'assureur et, si elle est acceptée, l'assurance entrera en vigueur à la date d'acceptation par ce dernier. Dans tous les cas, je reconnais en outre que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner l'annulation de l'assurance ou le refus de paiement des prestations d'assurance.

5. AUTORISATION :
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, le bureau de renseignements médicaux (MIB), 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. Par la présente, j'autorise aussi Humania Assurance à communiquer ladite information à des tierces parties susmentionnées ainsi qu'à leurs compagnies de réassurance. À cette même fin et afin de recueillir le même genre d'information, j'autorise aussi Humania Assurance ou ses compagnies de réassurance, à demander un rapport d'enquête à mon sujet et d'utiliser l'information en leur possession dans d'autres dossiers, dont le but est atteint. Ce consentement est aussi valide pour la cueillette, l'usage et la transmission d'information personnelle au sujet de mes enfants mineurs. Aucune modification apportée à ce consentement touchera son contenu ni aura force exécutoire sur l'assureur. J'autorise Humania Assurance à utiliser ou divulguer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives ou d'impôt. 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 bureau de renseignements médicaux (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 protection d'assurance santé ou d'assurance-vie. 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 au dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB afin de faire la correction qui s'impose.

6. ATTESTATION :
Par la présente, je certifie que :
- les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts;
- je reconnais avoir lu les dispositions de ladite demande d'adhésion;
- j'ai obtenu une copie de cette demande d'adhésion qui fait foi de certificat d'assurance.

Je reconnais que toute déclaration faite à une personne et qui irait à l'encontre de cette demande d'adhésion ne contraint pas l'assureur.

Signé à _____ ce _____ jour de_____

_____
Signature du débiteur

_____
Signature du codébiteur

DISPOSITIONS POUR LE PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS

Humania Assurance a émis une police d'assurance collective et s'engage à fournir une assurance qui respecte et qui est conforme aux conditions de la police d'assurance collective. La protection offerte en vertu de la police d'assurance collective est offerte sur une base facultative. Les dispositions importantes de cette police sont résumées dans ce certificat d'assurance (« Le certificat »).

SECTION 1 – DÉFINITIONS

ACCIDENT désigne 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 requiert 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.

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

BLESSURE désigne une blessure corporelle causée uniquement par un accident et qui entraîne l'invalidité totale du débiteur.

CONDITION PRÉEXISTANTE désigne une maladie ou une affection, blessure ou condition physique qui se présente au cours des vingt-quatre (24) premiers mois de protection et pour laquelle le débiteur a reçu un traitement, une consultation médicale, un diagnostic ou qu'un traitement lui a été recommandé, au cours de la période de douze (12) mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la protection.
Pour l'assurance maladies graves, **une condition préexistante** couverte désigne une maladie grave couverte dont vous souffrez, qu'elle ait été diagnostiquée ou non, et pour laquelle vous avez reçu un traitement ou consulté un médecin avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE désigne la dernière des dates suivantes :
a) la date de signature du certificat; ou
b) la date de paiement de la prime; ou
c) la date d'admissibilité du débiteur à l'assurance prévue par cette police.

DÉBITEUR désigne un client (ou des clients) d'un concessionnaire autorisé ayant contracté une obligation financière; ayant demandé à être assuré en vertu d'une police d'assurance collective et qui rencontre tous les critères d'admissibilité. Aux fins de la présente entente, un co-débiteur ayant demandé à être assuré est aussi considéré comme un débiteur.

DÉLAI DE CARENCE désigne le nombre de jours sans interruption, i.e. trente (30) jours, pendant lesquels le débiteur doit être totalement invalide afin d'être admissible aux prestations.

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

INVALIDITÉ TOTALE OU TOTALEMENT INVALIDE désigne tout état d'incapacité résultant d'un accident ou d'une maladie, qui empêche le débiteur ou le co-débiteur d'accomplir les fonctions de sa propre occupation, au cours des douze (12) premiers mois et pour lequel le débiteur ou le co-débiteur est sous les soins d'un médecin. Par la suite, invalidité totale désigne l'état d'incapacité continu, qui empêche complètement le débiteur ou le co-débiteur d'accomplir les fonctions régulières de tout autre emploi rémunérateur qui est compatible avec sa formation, son éducation ou son expérience. Dans le cas d'un assuré sans emploi au début de la période d'invalidité totale, invalidité totale désignera l'incapacité d'accomplir les tâches régulières d'une personne de même âge, sexe et condition.

MALADIE désigne une maladie, une affection ou un état pathologique qui se produit pour la première fois après l'entrée en vigueur de l'assurance et qui cause l'invalidité totale du débiteur.

MALADIES GRAVES ASSURÉES désigne les maladies suivantes, telles que définies dans ce certificat : un cancer, un pontage aorto-coronarien, une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un coma et des brûlures graves.

Accident vasculaire cérébral (AVC) désigne un incident cerebro-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 résonnance 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 au stade inférieur à 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'électrocardiographe 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.

MÉDECIN désigne une personne dûment qualifiée pour pratiquer la médecine au Canada en tant que docteur en médecine (D.M.).
Le médecin n'est pas le débiteur, il n'est pas relié par le sang ni par alliance au débiteur et n'est pas en relation d'affaire avec ce dernier.

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.

PRENEUR désigne une organisation qui a été autorisée par l'Administrateur à prendre un contrat d'assurance collective et qui est aussi autorisée par l'assureur à offrir de l'assurance aux débiteurs.

PROTECTION NON RÉTROACTIVE signifie qu'aucune prestation n'est payable au cours des premiers trente (30) jours d'une invalidité totale.

RÉTROACTIVE signifie que la période de prestations commence à la date que l'invalidité totale est déclarée, à condition que le délai de carence soit écoulé.

SECTION 2 – EXIGENCES D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à la protection offerte en vertu de l'assurance collective, le débiteur doit satisfaire les exigences suivantes à la date d'entrée en vigueur de l'assurance tel qu'indiqué sur le certificat :

a) être une personne physique (les associations, les sociétés ou toute autre entité commerciale ne sont pas admissibles à cette assurance);
b) résider au Canada;
c) être âgé d'au moins 18 ans, mais de moins de 71 ans pour l'assurance vie; de moins de 65 ans pour l'assurance maladies graves, de moins de 66 ans pour l'assurance invalidité ou de moins de 60 ans pour l'assurance en cas de perte d'emploi.

De plus, pour être admissible à la protection invalidité totale ou à l'assurance en cas de perte d'emploi fournie dans cette police d'assurance collective, le débiteur doit occuper un emploi permanent , rémunéré, et doit travailler activement un minimum de 30 heures par semaine, à raison de 40 semaines au cours des 12 mois qui précèdent immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

SECTION 3 – ASSURANCE VIE

L'assurance vie du débiteur sera en vigueur à condition que ce dernier satisfasse les exigences d'admissibilité et qu'il ait payé la prime d'assurance requise tel qu'indiqué sur le certificat.

Prestations d'assurance vie
Sous réserve des dispositions de ce certificat et de la police d'assurance collective et sur réception d'une preuve satisfaisante du décès du débiteur, l'assureur paiera au créancier la prestation équivalente au solde du montant principal assuré à la date du décès du débiteur, à condition que la prestation d'assurance vie n'excède pas le moindre de ces deux montants : le montant principal assuré indiqué sur le certificat ou 300 000 $.
Si le montant principal assuré initialement, tel qu'indiqué sur le certificat est inférieur au montant initialement financé, la prestation d'assurance vie sera alors égale au montant de la dette qui doit être remboursée à la date du décès, 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'un contrat de location, la prestation est égale 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.

Restrictions
1. En aucun cas la prestation d'assurance vie ne peut excéder 300 000 $ par prêt ou par débiteur, pendant la durée du certificat, et ce, pour tous les certificats détenus par le même débiteur.
2. En ce qui a trait à un prêt accordé à des codébiteurs, chaque débiteur peut être assuré pour un montant maximum de 300 000 $; cependant, l'assureur ne paiera sous aucune circonstance plus d'une prestation.

Exclusions
Aucune prestation d'assurance vie ne sera payable pour :
a) une condition préexistante;
b) une guerre, qu'elle soit déclarée ou non;
c) un suicide au cours des deux (2) années qui suivent de la date d'entrée en vigueur de l'assurance, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
d) une envolée ou tentative d'envolée à bord d'un aéronef, si l'assuré exerce une fonction à tout titre autre que celui de passager sur un vol nolisé piloté par un pilote dûment autorisé;
e) un cancer diagnostiqué au cours de la période initiale de 180 jours suivant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

SECTION 4 – ASSURANCE INVALIDITÉ

L'assurance invalidité du débiteur entrera en vigueur à condition qu'il satisfasse les exigences d'admissibilité et qu'il ait payé la prime d'assurance requise tel qu'indiqué sur le certificat.

Prestation d'assurance en cas d'invalidité totale
Sous réserve des dispositions du présent certificat et de la police d'assurance collective et sur réception d'une preuve satisfaisante de l'invalidité totale du Débiteur, l'assureur paiera au créancier le moindre des montants suivants :
a) le versement mensuel requis conformément à l'accord financier décrit sur la page frontispice de cette demande d'adhésion;
b) le versement mensuel établi par le créancier, en excluant, s'il y a lieu, tout arriérage.

Il incombe au débiteur d'effectuer le premier versement après le début de son invalidité. Toutefois, l'assureur remboursera ce paiement au créancier si l'invalidité du débiteur est approuvée et à condition que la PROTECTION RÉTROACTIVE 30 JOURS ait été choisie et que la prime requise ait été acquittée.

Durée des prestations
La période de prestations commence à la date qui suit la fin du délai de carence.
La période de prestations se terminera à la première des dates suivantes :
a) la date à laquelle le débiteur n'est plus considéré totalement invalide ou qu'il retourne au travail à temps plein;
b) la date de fin de l'invalidité totale;
c) la date à laquelle le nombre maximum de prestations est atteint, tel qu'inscrit sur le certificat;
d) la date à laquelle l'assureur demande une preuve d'invalidité totale continue et que le débiteur ne soumet pas cette preuve dans les 30 jours de la demande;
e) la date du remboursement total du prêt ou des versements mensuels au créancier;
f) la date de la retraite ou du décès du débiteur ou la date du versement d'une prestation pour maladies graves;
g) la date de fin de l'assurance telle qu'indiquée sur le certificat.

Restrictions
1. Le montant mensuel assuré, tel qu'indiqué sur le certificat, ne peut sous aucune circonstance excéder 3 000 $ par mois, et ce, pour tous les certificats détenus par un débiteur.
2. Après le délai de carence, une invalidité totale est considérée comme récurrente, si elle est due ou reliée à la même cause et qu'elle survient dans les 30 jours suivant la fin de la période précédente d'invalidité totale. Le délai de carence ne s'applique pas de nouveau dans le cas d'une récurrence.
3. Dans le cas d'une assurance conjointe dans laquelle les deux débiteurs sont totalement invalides en même temps, l'assureur ne versera qu'une seule prestation.

Exclusions
Aucune prestation d'assurance invalidité ne sera versée en raison de ce qui suit :
a) une condition préexistante;
b) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou provoquer un assaut ou commettre un acte criminel;
c) une guerre, qu'elle soit déclarée ou non;
d) toute période de détention dans un pénitencier ou toute autre institution semblable;
e) toute période pendant laquelle la personne ne participe pas à un programme de soins médicaux jugé raisonnable et conforme à la pratique courante;
f) une blessure que le débiteur s'est infligé lui-même, qu'il soit sain d'esprit ou non;
g) envolée ou tentative d'envolée à bord d'un aéronef si l'assuré exerce une fonction à tout titre autre que celui de passager sur un vol nolisé piloté par un pilote dûment autorisé;
h) grossesse, avortement, fausse couche, accouchement ou congé de maternité, paternité, d'adoption ou parental.

SECTION 5 – ASSURANCE MALADIES GRAVES

L'assurance maladies graves du débiteur entre en vigueur à condition que le débiteur satisfasse les exigences d'admissibilité et qu'il ait acquitté la prime d'assurance requise, telle qu'indiquée sur le certificat.

Assurance maladies graves
Sous réserve des dispositions de ce certificat et de la police d'assurance collective et sur réception d'une preuve satisfaisante à l'effet que le débiteur est atteint d'une des maladies graves couvertes; l'assureur versera au créancier une prestation d'assurance maladies graves égale au solde du montant principal assuré à la date à laquelle l'assuré est atteint d'une des maladies graves couvertes; et ce, à condition que la prestation pour maladies graves n'excède pas le moindre de ces deux montants : le montant principal assuré indiqué sur le certificat ou 300 000 $.
Si le montant principal assuré initialement sur le certificat est inférieur au montant initialement financé, la prestation d'assurance maladies graves sera alors égale au solde de la dette qui doit être remboursée en date du diagnostic de 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'un contrat de location, la prestation est égale à la valeur actualisée, au taux d'intérêt du contrat de location, des versements restants, y compris la valeur résiduelle indiquée sur la demande d'adhésion, s'il y a lieu, à condition que la prime requise ait été payée.

Restrictions
1. La prestation d'assurance maladies graves ne peut en aucun cas excéder la prestation maximale de 300 000 $ par prêt ou par débiteur, pour la durée du certificat et ce, pour tous les certificats détenus par le même débiteur.
2. En ce qui attrait à un prêt accordé à des codébiteurs, chaque débiteur peut être assuré pour un maximum de 300 000 $. Par contre, l'assureur ne paiera sous aucune circonstance plus d'une prestation.

Exclusions
Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera payable en raison de ce qui suit :
a) Une condition préexistante (voir aussi g) et h) de la présente section);
b) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou provoquer un assaut ou commettre une infraction criminelle.
c) La conduite d'un véhicule moteur ou d'un bateau alors que votre taux d'alcool dans le sang excède 80 milligrammes d'alçool par 100 millilitres de sang, ou la limite établie dans la province ou dans l'État où vous conduisiez ce véhicule moteur ou ce bateau.
d) La guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou tout acte de guerre ou insurrection.
e) Un vol à bord de toute espèce d'aéronef, y compris la descente (sauf si vous êtes un passager d'un vol commercial).
f) En raison de :
   a. Une tentative de suicide ou toute blessure que vous vous infligez vous-même, que vous soyez sain d'esprit ou non.
   b. Une grossesse, un avortement, une fausse-couche, un accouchement ou le congé parental qui s'y rapporte.
   c. Une chirurgie esthétique ou facultative.
   d. 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.
g) En raison d'une maladie grave couverte, sauf si vous survivez pendant 30 jours suite au premier diagnostic d'une maladie grave couverte. La survie ne doit pas être due à un maintien en vie artificiellement.
h) En raison d'une maladie grave couverte en lien avec un cancer initialement diagnostiqué au cours de la période de 180 jours suivant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance.
i) En raison d'une condition préexistante couverte : i) dans le cas d'un cancer : si vous étiez atteint d'une forme de cancer avant la date d'entrée en vigueur de la police, une récidive 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 ii) dans le cas d'une crise cardiaque survenant après la date d'entrée en vigueur de la protection, si vous souffriez d'une coronaropathie nécessitant une intervention chirurgicale avant ou au moment de l'entrée en vigueur de la police; ou iii) une coronaropathie diagnostiquée après la date d'entrée en vigueur de la police, si vous avez eu une crise cardiaque avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

SECTION 6 – ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

L'assurance en cas de perte d'emploi involontaire de l'emprunteur sera accordée à la condition que l'emprunteur satisfasse les exigences d'admissibilité et qu'il ait payé la prime d'assurance requise, telle qu'indiquée sur le présent certificat.

Garantie d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire
Sous réserve des conditions du présent certificat et de celles du contrat d'assurance collective, l'assureur paiera au créancier le moindre des montants suivants, sur réception d'une preuve satisfaisante de la perte d'emploi involontaire de l'emprunteur :
a) la mensualité exigée conformément à l'engagement financier décrit sur la page frontispice de la demande d'adhésion, sous réserve d'un maximum de 750 $;
b) le paiement mensuel établi par le créancier, à l'exclusion de tout arriérage le cas échéant.
Il incombe toutefois à l'emprunteur d'effectuer le premier paiement suite à sa perte d'emploi.

Durée de l'indemnisation
La période d'indemnisation commence à la date qui suit la fin du délai de carence, et elle se termine à la première des dates suivantes :
a) La date à laquelle tous les versements prévus au prêt ont été effectués, en excluant tout versement d'arriérage et tout intérêt accumulé sur le prêt;
b) la date à la quelle la période maximale de six mois d'indemnisation est atteinte;
c) la date à laquelle vous retournez au travail à temps partiel ou à temps plein ou que vous n'êtes plus disponible pour travailler au Canada, selon la première échéance,
d) la date du décès de l'emprunteur ou la date à laquelle une prestation pour maladies graves lui est versée;
e) la date de la fin de l'assurance; et
f) la date à laquelle vous cessez de recevoir des prestations en vertu de la Loi de l'assurance emploi.

Restrictions
1. Le montant mensuel assuré, tel qu'indiqué sur le certificat, ne peut en aucune circonstance dépasser 750 $ par mois et ce, pour tous les certificats détenus par l'emprunteur, le cas échéant.
2. Dans le cas d'une assurance conjointe dans laquelle les deux emprunteurs ont perdu leur emploi, l'assureur ne versera qu'une seule prestation.

Exclusions
Aucune prestation d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire ne sera payable si cette perte est causée, directement ou indirectement, par les éléments suivants :
a) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un assaut ou d'un acte criminel.
b) La conduite d'un véhicule moteur ou d'un bateau alors que votre taux d'alcool dans le sang excède 80 milligrammes d'alçool par 100 millilitres de sang, ou la limite établie dans la province ou dans l'État où vous conduisiez ce véhicule moteur ou ce bateau.
c) La guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou tout acte de guerre ou insurrection.
d) Un vol à bord de toute espèce d'aéronef, y compris la descente (sauf si vous êtes un passager d'un vol commercial).
e) Une période de détention dans un pénitencier ou dans toute institution semblable.
f) Une tentative de suicide ou toute blessure que vous vous infligez vous-même, que vous soyez sain d'esprit ou non.
g) Une grossesse, un avortement, une fausse-couche, un accouchement ou le congé parental qui s'y rapporte.
h) Une chirurgie esthétique ou facultative.
i) 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.
j) Une maladie ou blessure.
k) Une infirmité mentale ou physique ou affection de toute sorte.
l) Une perte d'emploi qui survient dans les premiers 90 jours de la date d'entrée en vigueur de l'assurance.
m) Le chômage volontaire.
n) Une retraite anticipée ou normale.
o) Un licenciement justifié, incluant entre autres un mauvais comportement, une incompatibilité de caractère, l'incapacité ou le refus d'accomplir des tâches.
p) La fin des activités de votre employeur à votre lieu de travail ou mise à pied à votre lieu de travail, dans le cas où votre employeur avait annoncé son intention de mettre à pied du personnel ou de cesser ses opérations à cet emplacement avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.
q) Une grève ou conflit de travail à votre lieu de travail
r) La perte de votre emploi en tant que travailleur saisonnier, travailleur autonome ou alors que vous étiez à l'emploi d'une société avec laquelle vous aviez un lien de dépendance ou si vous n'avez pas travaillé 30 heures par semaine pendant une période de six (6) mois consécutifs.

SECTION 7 – DEMANDE DE RÈGLEMENT

Aux fins d'indemnisation en vertu du contrat d'assurance collective, l'emprunteur doit obtenir un formulaire de demande de règlement de l'assureur à l'adresse indiquée au recto. La déclaration de sinistre peut être faite par écrit ou par téléphone. L'emprunteur doit fournir à l'assureur, dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'invalidité, maladie grave ou de la perte d'emploi, une preuve satisfaisante du sinistre, décrivant, de façon raisonnable, les circonstances qui ont donné lieu au sinistre, la perte qui en découle et le droit de l'emprunteur à être indemnisé, et si impossible dans ce délai, au plus tard 12 mois à compter de la date à laquelle la demande aurait dû être soumise.

En cas du défaut de l'emprunteur d'exécuter les actions requises par l'assureur, ou de fournir l'information ou les documents exigés par l'assureur, ce dernier sera déchargé de toute responsabilité en ce qui a trait aux prestations. Tant que l'emprunteur n'aura pas remédié à ce défaut, il sera responsable d'effectuer les paiements relatifs au prêt.

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

SECTION 8 – CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance du débiteur prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :
a) la date du remboursement complet du prêt ou la date de quittance du prêt;
b) la date de la saisie de la propriété mise en garantie pour le prêt par le créancier;
c) la date du 73e anniversaire de naissance du débiteur pour l'assurance vie ou le 71e anniversaire de naissance pour l'assurance maladies graves;
d) la date du 66e anniversaire de naissance du débiteur pour l'assurance invalidité ou le 65e anniversaire de naissance pour l'assurance perte d'emploi;
e) la date de réception d'un avis écrit de demande d'annulation de l'assurance du débiteur par le créancier;
f) la date du transfert ou de l'endossement de la dette par un autre créancier;
g) la date à laquelle le paiement de la prime est en retard de plus de 31 jours;
h) la date du décès du débiteur;
i) la date de paiement d'une prestation d'assurance vie ou pour maladies graves;
j) la date de la renégociation d'un prêt (à l'exception du renouvellement au cours du terme du prêt ou de la location);
k) en ce qui attrait à l'assurance invalidité et l'assurance en cas de perte d'emploi, la date de la retraite du débiteur;
l) en ce qui a trait à l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, la date à laquelle 6 versements mensuels ont été effectués;
m) en ce qui attrait à l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, 60 mois après la date d'entrée en vigueur de la protection.

Si l'assurance prend fin pour une des raisons mentionnées ci-dessus avant la date de cessation de l'assurance, la prime non acquise, moins le montant de toute prestation versée, sera payé au créancier. Le remboursement sera calculé en utilisant la règle du « 78 multiplié par 0,8 » et sera assujettie aux frais d'administration de 100 $ qui seront déduits du montant du remboursement. Il n'y aura pas de remboursement pour un montant de moins de 10 $.

Les frais accessoires tels kilométrage excédentaire, assurance, immatriculation, frais administratifs, arrérages ou intérêts ou autres ne sont jamais assurés.

SECTION 9 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le certificat d'assurance et le contrat d'assurance collective constituent le contrat passé entre l'assureur et le créancier. Toute déclaration, autre qu'une déclaration frauduleuse, faite par le débiteur sur son assurabilité conformément au contrat d'assurance collective peut être utilisée pour contester la validité de l'assurance du débiteur au cours des deux (2) premières années d'assurance ou une hausse du montant assuré en vigueur pendant la vie du débiteur, sauf dans le cas d'assurance invalidité si l'invalidité a débuté dans les deux (2) premières années d'assurance. Une déclaration erronée de l'âge de l'assuré ou co-assuré faisant en sorte qu'il n'aurait pas été admissible à l'assurance selon les critères d'admissibilité si son âge réel avait été correctement déclaré rendra cette assurance invalide. Toute déclaration frauduleuse peut être utilisée en tout temps pour contester la validité de l'assurance. Si après avoir examiné le certificat, le débiteur n'est pas satisfait de la protection et en demande l'annulation dans les vingt (20) jours de la réception du certificat, la totalité de la prime payée sera remboursée. L'assureur a le droit de faire toute vérification nécessaire en rapport avec des demandes d'assurance soumises ou des réclamations d'assurance, ou d'obtenir une expertise médicale indépendante ou professionnelle, s'il y a lieu.

Seul le créancier peut céder ou transférer à une autre personne les droits ou prestations prévues par l'assurance. Aucune cessation ou transfert n'entrera en vigueur avant que l'assureur n'ait reçu un avis écrit de cession ou de transfert de l'assurance. L'assureur n'assumera aucune responsabilité quant à la validité de la cession ou du transfert de l'assurance.

L'assureur reconnaît et respecte le droit à la vie privée de chaque débiteur. Lorsqu'une personne soumet une demande d'assurance, un dossier confidentiel est créé et il est conservé dans les bureaux de l'assureur ou dans les bureaux d'une organisation dûment autorisée par l'assureur. L'accès à l'information contenue dans le dossier est réservé à l'assureur ou aux personnes autorisées par l'assureur qui ont besoin de cette information afin de faire leur travail ou encore aux personnes à qui le débiteur donne accès ainsi qu'aux personnes légalement autorisées. Cette information est utilisée pour offrir des services financiers au débiteur et pour gérer le régime d'assurance collective.

IMPORTANT
Cette protection est facultative et n'est pas requise pour obtenir un prêt ou un contrat de location. Elle peut être annulée en tout temps au moyen d'un avis écrit envoyé au bureau de l'assureur.

Veuillez conserver ces documents dans un lieu sûr.

ASSUREUR

DISTRIBUTEUR

CLIENT

CRÉANCIER

CONCESSIONNAIRE