



ASSURANCE
MALADIES GRAVES
TEMPORAIRE

Guide du représentant



SOMMAIRE

ASSURANCE MALADIES GRAVES TEMPORAIRE.....	2
ADMISSIBILITÉ ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT	2
EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	4
LISTE DES MALADIES GRAVES COUVERTES PAR LA GARANTIE	5
3 TYPES DE COUVERTURE	6
RABAIS MULTIPOLICE / RABAIS FAMILLE	7
AVENANTS DISPONIBLES	8
GARANTIE DE DÉCÈS ET DE MUTILATION À LA SUITE D'UN ACCIDENT	8
GARANTIE DE REMBOURSEMENT DE PRIMES AUX QUINZE (15) ANS	10
GARANTIE DE REMBOURSEMENT DE PRIMES À SOIXANTE-CINQ (65) ANS	11
GARANTIE D'EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE DE L'ASSURÉ	12
LISTE DES MALADIES GRAVES COUVERTES PAR LA GARANTIE	13
PROGRAMMES D'ASSISTANCE BEST DOCTORS.....	14
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES	15
LISTE ET DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES À LA GARANTIE.....	17
EXIGENCES DE SÉLECTION	22
MODIFICATIONS AUTORISÉES APRÈS L'ÉMISSION DE LA POLICE	23
COMMISSIONS ET REMPLACEMENT DE LA POLICE	24

**ASSURANCE MALADIES GRAVES TEMPORAIRE
RENOUVELABLE JUSQU'À 75 ANS, TRANSFORMABLE JUSQU'À 60 ANS**

ADMISSIBILITÉ ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Garanties disponibles :

Assurance Maladies Graves temporaire renouvelable	Âge à l'émission
10 ans	0-64 ans
15 ans	0-59 ans
20 ans	0-54 ans
25 ans	0-49 ans
30 ans	0-44 ans
75 ans	0-65 ans

Capital minimum : 25 000 \$

Capital maximum : 1 000 000 \$

Définition de l'âge : dernier anniversaire

Âge de terminaison : anniversaire de police suivant la date où l'assuré atteint 75 ans.

Prime minimum :

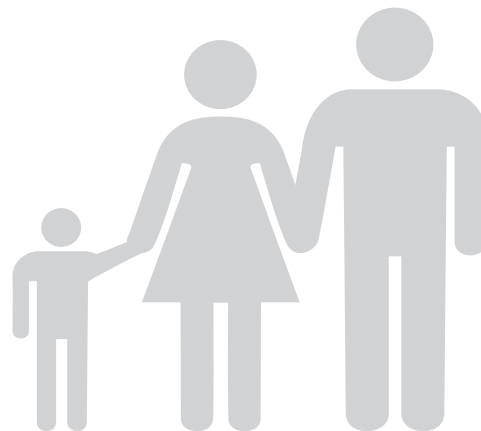
- 12 \$ incluant les frais de police (si souscrit seul)
- Aucune prime minimum (si souscrit et émis conjointement avec une police admissible au rabais multipolice ou rabais famille).

Prime garantie et protection non résiliable : Les primes ne sont pas sujettes aux ajustements dus à l'expérience.

Émission des contrats d'assurance : police distincte pour chaque terme choisi

Augmentation : Toute augmentation du montant d'assurance ou plusieurs termes désirés nécessite l'achat d'une police distincte.

Transformable : jusqu'à 60 ans



Droit de transformation : jusqu'à 60 ans

Tant que la garantie d'assurance maladies graves de la police est en vigueur et avant l'anniversaire de police suivant le soixantième (60^e) anniversaire de naissance de l'Assuré, le titulaire peut transformer ladite garantie sur la tête de l'Assuré, sans preuve d'assurabilité, en une nouvelle police d'assurance maladies graves permanente comportant des garanties semblables, tel que désignée par l'Assureur à cette date. L'indemnité transformée ne peut excéder l'indemnité indiquée au sommaire des garanties.

La nouvelle prime sera déterminée en fonction :

- de l'âge d'assurance atteint par l'Assuré ;
- des taux de primes en vigueur à la date de transformation ; et
- de la classe de risque de la présente garantie.

Si la présente garantie est émise avec une surprime, des restrictions et des exclusions, la garantie transformée sera également émise avec ces mêmes conditions.

Si, au moment de la transformation, la présente garantie comportait la garantie d'exonération des primes, alors la nouvelle police comportera également une garantie d'exonération des primes pourvu que l'Assuré ne bénéficie pas de l'exonération des primes au moment de la transformation.

Restriction

Si la transformation se produit pendant que l'Assuré bénéficie de l'exonération des primes, la nouvelle police ne comportera pas ce bénéfice et le titulaire devra acquitter les primes.



*Veillez prendre connaissance de tous les détails en lisant le texte de la police.
En cas de divergence entre la police et le présent document, le texte de la police prévaut.*

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Les exclusions suivantes s'appliquent à la garantie de maladies graves et aux garanties d'exonération des primes ou de décès et mutilation à la suite d'un accident lorsque celles-ci sont présentes au contrat. Aucune indemnité de maladies graves, **d'exonération des primes** ou de **décès et mutilation à la suite d'un accident** n'est payable lorsqu'elle résulte :

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que l'assuré s'est infligé 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'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.

Aucune indemnité **d'exonération des primes** ou de décès et mutilation à la suite d'un accident n'est payable lorsqu'elle résulte :

- de blessure subie au cours d'un voyage aérien, sauf si l'assuré est passager d'un aéronef utilisé par un transporteur public ;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une chirurgie électorive, 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'exonération des primes** n'est payable pour :

- la période où l'assuré a droit à des congés payés suite à une entente entre l'assuré et son employeur ;
- 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.

LISTE DES MALADIES GRAVES COUVERTES PAR LA GARANTIE

Les assurés âgés de 18 ans et plus peuvent choisir parmi les 2 protections suivantes :

- a) seulement les 4 premières ci-dessous ; ou
- b) la liste complète

Pour les assurés âgés de moins de 18 ans, seule la liste complète des 25 maladies est offerte.

De base	1) AVC (accident vasculaire cérébral)
	2) Cancer
	3) Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
	4) Chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien)
Maximale	5) Autisme
	6) Brûlures
	7) Cécité
	8) Chirurgie de l'aorte
	9) Coma
	10) Fibrose kystique
	11) Insuffisance d'un organe vital (liste d'attente)
	12) Insuffisance rénale
	13) Maladie d'Alzheimer
	14) Maladie de Parkinson
	15) Maladie motoneurone
	16) Paralyse
	17) Perte d'autonomie
	18) Perte de la parole
	19) Perte de membres
	20) Remplacement des valves du cœur
	21) Sclérose en plaques
	22) Surdité
	23) Transplantation d'un organe vital
	24) Tumeur cérébrale bénigne
	25) VIH professionnel



Note : il n'est pas possible d'avoir deux protections qui couvrent 4 maladies et 25 maladies à l'intérieur d'une même police.

Prestation payable en cas de diagnostic de cancer non critique (offerte exclusivement sur la liste complète – 25 conditions)

Le montant de l'indemniti  payable pour un cancer non critique correspond à 10 % du capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$. Cette prestation n'est payable qu'une seule fois alors que la garantie est en vigueur, et est soustraite de toute autre indemniti  payable en vertu de la présente garantie ou de la garantie de remboursement de primes à 65 ans de la présente police. Si la garantie de remboursement de primes aux 15 ans a été choisie, l'indemniti  payable pour un cancer non critique fait recommencer une nouvelle période de remboursement.

Définition d'un Cancer non critique :

- un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b (stade A) ; ou
- un mélanome malin au stade 1A selon la définition TNM (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à un virgule zéro (1,0) millimètre, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V de Clark) ; ou
- un carcinome canalaire in situ du sein (requiert une confirmation par biopsie).

3 TYPES DE COUVERTURE

1) Garantie de maladies graves seulement

L'Assureur paie l'indemnité de maladies graves, si l'une des maladies couvertes est diagnostiquée chez l'assuré. Cette indemnité n'est toutefois payable que si l'assuré est toujours vivant, 30 jours après la date du diagnostic ou pendant le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée, excluant le nombre de jours pendant lesquels la personne est maintenue en vie artificiellement.

2) Garantie de maladies graves / assurance vie

L'Assureur paie, à la première des deux (2) éventualités suivantes :

- a) l'indemnité de maladies graves, si l'une des maladies couvertes est diagnostiquée chez l'assuré ; cette indemnité n'est toutefois payable que si l'assuré est toujours vivant, 30 jours après la date du diagnostic ou pendant le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée, excluant le nombre de jours pendant lesquels la personne est maintenue en vie artificiellement ; ou
- b) en cas de décès de l'assuré, l'indemnité de maladies graves.

3) Garantie de maladies graves / retour de primes au décès

L'Assureur paie, à la première des deux (2) éventualités suivantes :

- a) l'indemnité de maladies graves, si l'une des maladies couvertes est diagnostiquée chez l'assuré ; cette indemnité n'est toutefois payable que si l'assuré est toujours vivant, 30 jours après la date du diagnostic ou pendant le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée, excluant le nombre de jours pendant lesquels la personne est maintenue en vie artificiellement ; ou
- b) en cas de décès de l'assuré, une indemnité égale au total, sans intérêt, des primes payées de la présente garantie de maladies graves ainsi que des frais administratifs payés durant la période de couverture de la présente garantie, sujet à un remboursement maximal ne dépassant pas l'indemnité de maladies graves et excluant les primes exonérées payées par l'Assureur.

Note : Dans chacune des 3 garanties décrites ci-dessus, tout montant pour cancer non critique qui a été payé sera déduit du montant d'indemnité payable (ne s'applique pas pour la protection 4 maladies).

*Veillez prendre connaissance de tous les détails en lisant le texte de la police.
En cas de divergence entre la police et le présent document, le texte de la police prévaut.*

RABAIS MULTIPOLICE / RABAIS FAMILLE

Conditions d'admissibilité

1. **Les polices doivent obligatoirement être reçues et émises au même moment**, car ces polices seront traitées en groupe.
2. À la souscription, **l'accord relatif au paiement par débit préautorisé doit être rempli et signé pour chacune des propositions d'assurance soumises.**
3. Le rabais de frais est applicable seulement sur les frais administratifs de la série ASSURANCE TEMPORAIRE. Ces rabais de frais administratifs ne sont jamais applicables sur les produits tels que PAIRE, ASSUR-DETTE, Prodige, Survie 2000.
4. Les produits Humania Assurance - Assurance Sans Examen Médical et P.A.G.E. ne donnent droit à aucun rabais.

Fonctionnement, règles et application du rabais

Rabais multipolice :

Si un même assuré achète pour lui-même une police de la série TEMPORAIRE et une ou plusieurs polices (PAIRE, ASSUR-DETTE, Prodige, Survie 2000, Temporaire maladies graves et Temporaire vie), les règles suivantes s'appliquent :

- Les frais administratifs de la première police (PAIRE, ASSUR-DETTE, Prodige, Survie 2000 ou TEMPORAIRE) sont applicables et la ou les polices TEMPORAIRE suivantes seront sans frais administratifs.
- Cependant si l'assuré se procure, par exemple, un produit PAIRE et Prodige : aucun rabais de frais, car le rabais est applicable sur le produit de la série TEMPORAIRE seulement.

Rabais famille :

Le rabais famille est basé sur les polices ayant le même payeur (même compte bancaire). Les propositions sont soumises et émises en même temps et les polices portent la même date d'effet. Ce rabais est applicable seulement pour une famille : grands-parents, parent, conjoint, enfant (le rabais ne s'applique pas aux polices dont une compagnie ou une entreprise est titulaire ou payeur).

- Les frais administratifs de la première police (PAIRE, ASSUR-DETTE, Prodige, Survie 2000, Temporaire maladies graves et Temporaire vie) du même payeur et de la même famille sont applicables.
- Les frais administratifs de la deuxième police de type TEMPORAIRE seront réduits de 50 % : 37,50 \$.
- Les polices de type TEMPORAIRE suivantes (3 et plus du même payeur et de la même famille) seront sans frais administratifs.

NOTE IMPORTANTE : Les frais administratifs des produits (PAIRE, ASSUR-DETTE, Prodige, Survie 2000) sont toujours payables. Si la police pour laquelle les frais administratifs sont payables n'est plus en vigueur, les frais administratifs applicables seront pris sur une autre police admissible, s'il y a lieu, sinon le rabais sera annulé et les frais administratifs pour le produit TEMPORAIRE seront payables.

AVENANTS DISPONIBLES

GARANTIE DE DÉCÈS ET DE MUTILATION À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Indemnités

Décès accidentel

L'Assureur paie, en cas de décès de l'assuré résultant de blessures subies dans un accident, l'indemnité indiquée au sommaire des garanties, pourvu que la garantie de décès et de mutilation à la suite d'un accident soit en vigueur au moment où l'assuré subit une blessure accidentelle et que le décès de l'assuré survienne au cours des trois cent soixante-cinq (365) jours suivant immédiatement la date dudit accident.

Mutilation

Lorsqu'une blessure accidentelle survient alors que la garantie de décès et de mutilation à la suite d'un accident est en vigueur, et que l'assuré perd un membre, la vue, la parole ou l'ouïe à la suite de cet accident, l'Assureur paie le pourcentage indiqué ci-dessous de l'indemnité de mutilation présente au sommaire des garanties :

100 %	pour les deux (2) pieds ou les deux (2) mains ;
100 %	pour une (1) main et un (1) pied ;
100 %	pour une (1) main et la vue d'un (1) œil ;
100 %	pour un (1) pied et la vue d'un (1) œil ;
100 %	pour l'ouïe des deux (2) oreilles et la parole ;
100 %	pour la vue des deux (2) yeux ;
50 %	pour un (1) pied ou une (1) main ;
50 %	pour l'ouïe des deux (2) oreilles ou la parole ;
12,5 %	pour la vue d'un (1) œil ;
12,5 %	pour l'ouïe d'une (1) oreille ;
2,5 %	pour deux (2) phalanges ou plus du même doigt ou du même orteil.

Définitions

Mutilation ou perte d'usage totale :

- de la main ou du pied : amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville ou plus haut ; s'il n'y a pas d'amputation, perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied ;
- de la parole : diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste ;
- de l'œil : perte totale et irréversible de la vue d'un (1) œil (acuité visuelle de vingt sur deux cents (20/200) ou moins, ou champ de vision de moins de vingt (20) degrés) ;
- de l'ouïe : perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus dans un seuil de parole de 500 à 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 ;
- d'un (1) doigt et d'un (1) orteil : amputation complète d'au moins deux (2) phalanges du même doigt ou du même orteil.

Restrictions

Si l'assuré décède des suites de blessures subies dans un accident pour lesquelles une indemnité de décès accidentel est payable en vertu de cette police, aucune indemnité ne sera payable pour toute mutilation ou perte d'usage de l'assuré résultant du même accident.

Les indemnités ne sont pas cumulatives. En cas de mutilations ou de pertes multiples attribuables à un même accident, l'Assureur paie l'indemnité pour la mutilation ou la perte donnant droit au montant le plus élevé.

L'Assureur paie l'indemnité de perte d'usage totale seulement si la perte totale persiste au-delà de la période consécutive de trois cent soixante-cinq (365) jours suivant immédiatement la date de l'accident qui a causé la perte d'usage totale.

La somme de toutes les indemnités de mutilation ou de perte d'usage totale qui est payable pour cette police ne peut dépasser cent pour cent (100 %) du montant de l'indemnité de mutilation ou perte d'usage totale à la suite d'un accident inscrit au sommaire des garanties.

Toute mutilation ou perte d'usage totale de l'assuré déjà présente au moment de l'émission de la police, ne sera pas considérée comme une perte couverte en vertu de la présente garantie.

Le montant total des indemnités payable par l'Assureur, par assuré ne peut être supérieur à cinq cent mille dollars (500 000 \$) en cas de mutilation ou de perte d'usage totale résultant d'un accident. Dans l'éventualité où le montant d'assurance de mutilation et perte d'usage totale résultant d'un accident détenu par un assuré chez l'Assureur est supérieur à cinq cent mille dollars (500 000 \$), quel que soit le nombre de protections en vigueur auprès d'Humania Assurance, l'Assureur verse une seule indemnité, soit celle qui correspond à la garantie donnant droit au montant le plus élevé. Les primes encaissées pour la garantie de mutilation ou de perte d'usage qui ne donne droit à aucune indemnité seront alors remboursées au titulaire.

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de la police, cette garantie de décès et de mutilation à la suite d'un accident prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de réception par l'Assureur d'une demande écrite du titulaire d'annuler la garantie de décès et de mutilation à la suite d'un accident ou à la date stipulée par le titulaire dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'Assureur ;
- à l'anniversaire de police suivant la date où l'assuré atteint soixante et onze (71) ans ; ou
- au décès de l'assuré.

Dispositions générales

Les définitions, restrictions, ou exclusions de la présente garantie de décès et de mutilation à la suite d'un accident de l'assuré s'ajoutent à celles inscrites aux dispositions générales de la police.



GARANTIE DE REMBOURSEMENT DE PRIMES AUX QUINZE (15) ANS

Conditions d'admissibilité :

- avoir entre 15 et 60 ans ;
- la garantie doit être choisie à l'émission de la police, aucun ajout possible après la mise en vigueur.

Indemnité

En vertu de la présente garantie, l'Assureur rembourse soixante-quinze pour cent (75 %) des primes remboursables de la période de remboursement, à condition que l'Assuré soit toujours vivant à la date où la période de remboursement est complétée. Le remboursement de primes est payé au bénéficiaire désigné par le titulaire.

Restrictions

Le remboursement s'applique aux garanties émises avant l'âge de soixante (60) ans et aux garanties qui n'ont pas été annulées à la demande du titulaire.

Exclusions

Sont exclues du remboursement :

- les primes exonérées payées par l'Assureur.

Définitions

Période de remboursement : période de quinze (15) années consécutives de protection, à compter de la date d'effet de chaque garantie, au cours de laquelle aucune indemnité n'a été versée ou n'est payable. Si l'Assureur verse quelque indemnité que ce soit, une nouvelle période de remboursement commence à la date coïncidant avec le paiement de la prochaine prime due suivant la date du dernier versement des indemnités, pourvu que l'Assuré soit âgé de moins de soixante (60) ans.

Primes payées : les primes payées par le titulaire ou en son nom à l'Assureur, pour chacune des garanties de la police dont le montant de protection n'a pas été réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25 %) sur demande du titulaire.

Si, à la demande du titulaire, le montant de protection est réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25 %), la prime après réduction sera réputée avoir été payée depuis le début de la période de remboursement.

Primes remboursables : la somme des primes payées à l'Assureur, depuis le début de la période de remboursement, pour chacune des garanties en vigueur au début de la période de remboursement.

*Veillez prendre connaissance de tous les détails en lisant le texte de la police.
En cas de divergence entre la police et le présent document, le texte de la police prévaut.*

GARANTIE DE REMBOURSEMENT DE PRIMES À SOIXANTE-CINQ (65) ANS

Conditions d'admissibilité :

- être âgé entre 15 et 50 ans ;
- la garantie doit être choisie à l'émission de la police, aucun ajout possible après la mise en vigueur.

Indemnité

Lorsque l'Assuré atteint l'âge d'assurance de soixante-cinq (65) ans, l'Assureur rembourse la somme des primes remboursables de laquelle somme sont déduites toutes les indemnités payées par l'Assureur depuis l'émission de la police. Le remboursement de primes est payé au bénéficiaire désigné par le titulaire.

Restrictions

Le remboursement s'applique aux garanties qui n'ont pas été annulées à la demande du titulaire.

Exclusions

Sont exclues du remboursement :

- les primes exonérées payées par l'Assureur.

Définitions

Primes remboursables : la somme des primes de toutes les garanties donnant droit à un remboursement. Pour chaque garantie, les primes remboursables sont égales à la somme des primes payées multipliées par le pourcentage applicable à la garantie.

Le pourcentage applicable aux primes payées varie selon l'âge de l'Assuré au moment de l'émission de chacune des garanties, tel que suit :

Âge au moment de l'émission de la garantie	Pourcentage remboursable
0 à 40 ans	100 %
41 à 50 ans	75 %
51 ans et plus	0 %

Primes payées : les primes payées par le titulaire ou en son nom à l'Assureur, pour chacune des garanties de la police dont le montant de protection n'a pas été réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25 %) sur demande du titulaire.

Si, à la demande du titulaire, le montant de protection est réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25 %), la prime après réduction sera réputée avoir été payée depuis le début de la période de remboursement.

Anticipation du remboursement de prime

À compter de l'âge de soixante (60) ans, le titulaire peut, sur demande écrite, choisir de mettre fin à sa police afin de se prévaloir d'un remboursement de prime anticipé. Les pourcentages remboursables indiqués précédemment sont alors réduits d'un demi-pour cent (0,5 %) par mois d'anticipation avant l'atteinte de l'âge de soixante-cinq (65) ans.

GARANTIE D'EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE DE L'ASSURÉ

Âge à l'émission : 18 à 60 ans (dernier anniversaire) ;

Âge de terminaison : à l'anniversaire de police suivant la date où l'assuré atteint 65 ans ;

Délai d'attente : 6 mois consécutifs ;

Indemnités

L'Assureur accorde, pendant que cette garantie est en vigueur, l'exonération des primes de la police jusqu'à l'anniversaire de police suivant la date où l'assuré atteint soixante-cinq (65) ans, lorsque l'assuré répond aux exigences suivantes :

- l'assuré a été totalement invalide pour une période de six (6) mois consécutifs ;
- l'invalidité totale de l'assuré est due à un accident ou à une maladie survenu alors que cette garantie est en vigueur ; et
- l'assuré est toujours totalement invalide.

Lorsque l'Assureur conclut que l'assuré est admissible à l'exonération des primes de cette police, toutes les primes dues de cette police, durant le délai de carence, seront exonérées rétroactivement.

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de la police, cette garantie d'exonération des primes de l'assuré prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de réception par l'Assureur d'une demande écrite de la part du titulaire d'annuler la garantie d'exonération des primes de l'assuré, ou à la date stipulée par le titulaire dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'Assureur ;
- à l'anniversaire de police suivant la date où l'assuré atteint soixante-cinq (65) ans ; ou
- au décès de l'assuré.

Dispositions générales

Les définitions, restrictions, ou exclusions de la présente garantie d'exonération des primes de l'assuré s'ajoutent à celles inscrites aux dispositions générales de la police.

*Veillez prendre connaissance de tous les détails en lisant le texte de la police.
En cas de divergence entre la police et le présent document, le texte de la police prévaut.*

LISTE DES MALADIES GRAVES COUVERTES PAR LA GARANTIE

Les assurés âgés de 18 ans et plus peuvent choisir parmi les 2 protections suivantes :

- a) seulement les 4 premières ci-dessous ; ou
- b) la liste complète

Pour les assurés âgés de moins de 18 ans, seule la liste complète des 25 maladies est offerte.

De base	1) AVC (accident vasculaire cérébral)
	2) Cancer
	3) Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
	4) Chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien)
Maximale	5) Autisme
	6) Brûlures
	7) Cécité
	8) Chirurgie de l'aorte
	9) Coma
	10) Fibrose kystique
	11) Insuffisance d'un organe vital (liste d'attente)
	12) Insuffisance rénale
	13) Maladie d'Alzheimer
	14) Maladie de Parkinson
	15) Maladie motoneurone
	16) Paralyse
	17) Perte d'autonomie
	18) Perte de la parole
	19) Perte de membres
	20) Remplacement des valves du cœur
	21) Sclérose en plaques
	22) Surdité
	23) Transplantation d'un organe vital
	24) Tumeur cérébrale bénigne
	25) VIH professionnel



Note : il n'est pas possible d'avoir deux protections qui couvrent 4 maladies et 25 maladies à l'intérieur d'une même police.

Prestation payable en cas de diagnostic de cancer non critique (offerte exclusivement sur la liste complète – 25 conditions)

Le montant de l'indemniti  payable pour un cancer non critique correspond à 10 % du capital assuré, sous réserve d'un maximum de 10 000 \$. Cette prestation n'est payable qu'une seule fois alors que la garantie est en vigueur, et est soustraite de toute autre indemniti  payable en vertu de la présente garantie ou de la garantie de remboursement de primes à 65 ans de la présente police. Si la garantie de remboursement de primes aux 15 ans a été choisie, l'indemniti  payable pour un cancer non critique fait recommencer une nouvelle période de remboursement.

Définition d'un Cancer non critique :

- un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b (stade A) ; ou
- un mélanome malin au stade 1A selon la définition TNM (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à un virgule zéro (1,0) millimètre, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V de Clark) ; ou
- un carcinome canalaire in situ du sein (requiert une confirmation par biopsie).

PROGRAMMES D'ASSISTANCE BEST DOCTORS



Humania Assurance offre, sans frais, l'accès aux services intégrés de Best Doctors, compagnie de renommée mondiale, lors du diagnostic d'une des maladies graves couvertes par la police P.A.G.E.

Trois niveaux de services sont offerts :

InterConsultation™

Un service qui offre, à l'assuré et à son médecin, l'accès à d'excellentes recommandations pertinentes, d'experts du monde entier sans avoir à se déplacer.

Des spécialistes de renommée mondiale étudient le dossier médical et fournissent une opinion concernant le diagnostic de la maladie ainsi qu'une recommandation du meilleur plan de traitements.

Le rapport médical d'InterConsultation transmis rapidement peut réduire les complications potentiellement graves découlant d'un diagnostic erroné. L'InterConsultation aidera le médecin traitant à mettre en place un plan d'actions appropriées.

FindBestDoc™

Ce service identifie dans la localité de l'assuré, au Canada, aux États-Unis ou à l'échelle mondiale et recommande des médecins de choix qui sont les mieux qualifiés pour traiter la maladie dont il souffre.

Une base de données incluant plus de 50 000 médecins – au Canada, aux États-Unis et à l'échelle mondiale – qui ont été désignés les meilleurs par leurs pairs.

Assistance et orientation pour obtenir l'accès à trois (3) médecins les mieux habilités à traiter l'assuré, les meilleurs médecins, peu importe où ils sont situés.

FindBestCare™

Best Doctors recommande les centres hospitaliers les mieux adaptés à son cas. Ce rapport donne en détail les qualifications du fournisseur de soins, l'approche thérapeutique et le coût des traitements.

Le suivi : pendant que vous recevez des soins médicaux, Best Doctors passe en revue les renseignements reçus des spécialistes impliqués et fait un suivi pour s'assurer que vos besoins médicaux soient comblés.

À l'étranger : lorsque vous voyagez à l'étranger pour recevoir des traitements, vous, ainsi que les membres de votre famille, pouvez bénéficier des services suivants :

Une assistance lors de l'organisation du voyage et de l'hébergement, lors de la prise de rendez-vous médicaux et lors de la préadmission à l'hôpital ; le coût estimatif de l'hospitalisation ; les escomptes auxquels vous avez droit. Cela, 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Best Doctors, *Des renseignements au moment où cela importe le plus*, InterConsultation, FindBestDoc, FindBestCare et le logo Best Doctors sont des marques déposées ou des marques enregistrées de Best Doctors, Inc. aux États-Unis et dans d'autres pays.

Les services offerts par Best Doctor's ne font pas partie intégrante de la police d'assurance. Humania Assurance n'est d'aucune façon obligée, selon les modalités de la police, de fournir ces services et peut annuler à sa discrétion, en tout temps et sans préavis, l'accès auxdits services.

Veuillez prendre connaissance de tous les détails en lisant le texte de la police.

En cas de divergence entre la police et le présent document, le texte de la police prévaut.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Conditions reliées au paiement

L'indemnité n'est payable que s'il s'agit de la première manifestation d'une maladie grave.

Les indemnités de maladies graves ne sont pas cumulatives. Ainsi, l'Assureur ne pourra jamais être appelé à payer plus d'une indemnité de maladies graves en vertu de la présente garantie à l'exception de l'indemnité de cancer non critique (ne s'applique pas à la protection 4 maladies). L'Assureur verse alors une seule indemnité soit celle qui correspond à la garantie donnant droit au montant le plus élevé.

Diagnostic au Canada

Le diagnostic d'une maladie grave doit être posé par un médecin spécialiste autorisé à exercer au Canada, et être confirmé par les techniques modernes d'investigation pertinentes à cette maladie, normalement utilisées au moment de la demande de règlement.

Diagnostic à l'extérieur du Canada

Lorsque le diagnostic d'une maladie grave est posé à l'extérieur du Canada par un médecin spécialiste exerçant dans une juridiction jugée acceptable par l'Assureur, l'indemnité est versée si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a) l'Assureur a reçu la totalité des dossiers médicaux;
- b) en s'appuyant sur les dossiers médicaux reçus, l'Assureur a la certitude que :
 - i. le même diagnostic aurait été posé si la maladie grave ou l'accident avait été diagnostiqué par un médecin spécialiste dûment autorisé et exerçant au Canada; et
 - ii. le même traitement aurait été prescrit en conformité avec les normes canadiennes; et
 - iii. le même traitement, incluant l'intervention chirurgicale requise, si applicable, aurait été prescrit si le traitement avait été prodigué au Canada.

L'Assureur peut exiger que l'Assuré se soumette à un ou des examens médicaux indépendants effectués par un médecin désigné par l'Assureur. Dans le cas d'une intervention chirurgicale électorale, l'examen médical exigé devra être effectué avant ladite intervention chirurgicale.

Exclusions

En plus des exclusions décrites dans les dispositions générales de la police, aucun montant n'est payable si la maladie ou l'accident découle directement ou indirectement d'une maladie diagnostiquée, de signes ou de symptômes connus ou en investigation non déclarés avant la date d'émission de la garantie.

Aucune prestation de maladies graves ne sera payable pour tout cancer ou tumeur cérébrale bénigne (ne s'applique pas à la protection 4 maladies), pour toute la durée de la garantie, si la date du diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie ou tumeur cérébrale bénigne survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur, ou si la date d'apparition des signes ou des symptômes ou des consultations médicales ou des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie ou tumeur cérébrale bénigne survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur.

Obligation de divulgation

N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou d'une tumeur cérébrale bénigne se manifestant pendant la période moratoire, doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'Assureur, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

*Veillez prendre connaissance de tous les détails en lisant le texte de la police.
En cas de divergence entre la police et le présent document, le texte de la police prévaut.*

LISTE ET DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES À LA GARANTIE

LA PROTECTION 4 MALADIES

La protection 4 maladies couvre votre client pour les maladies suivantes :

Accident vasculaire cérébral est défini comme :

Un accident vasculaire cérébral causant des séquelles neurologiques d'une durée de plus de trente (30) jours et imputables à une thrombose, une hémorragie ou une embolie de source extra-crânienne. Il doit y avoir preuve de déficit neurologique objectif et mesurable. Les attaques ischémiques cérébrales transitoires sont spécifiquement exclues.

Cancer est défini comme :

Une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Les cancers suivants sont exclus :

- carcinome in situ ;
- mélanome malin au stade 1A selon la définition TNM (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à un virgule zéro (1,0) millimètre, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V de Clark) ;
- tout cancer de la peau autre que le mélanome, en l'absence de métastase (propagation à des organes voisins) ;
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire : aucune indemnité n'est payable pour tout cancer lorsque la première des dates suivantes survient dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de la remise en vigueur de la présente garantie :

- la date de diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu ; ou
- la date d'apparition de signes ou de symptômes avant-coureurs de n'importe quel cancer, couvert ou exclu ; ou
- la date des consultations médicales et des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu.

Cependant, ces exclusions ne mettent pas fin à la garantie. L'Assuré demeure protégé en vertu des autres maladies couvertes.

Obligation de divulgation : N'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent au diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) se manifestant pendant la période moratoire, doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'Assureur, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) est définie comme :

La nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :

- des modifications électrocardiographiques (ECG) récentes indiquant un infarctus du myocarde ; et
- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus.

La crise cardiaque durant une angioplastie est couverte pourvu qu'il y ait diagnostic de nouvelles modifications de l'onde Q sur l'électrocardiogramme en plus d'une élévation des marqueurs cardiaques.

La crise cardiaque n'inclut pas une découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde passé, sans symptôme ou incident médical corroborant cet infarctus.

Chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien) est définie comme :

La chirurgie du cœur visant à remédier, par pontage aortocoronarien, au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales telles que l'angioplastie et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes.

LA PROTECTION 25 MALADIES

La protection 25 maladies reprend les 4 maladies décrites ci-dessus en y incluant celles définies ci-après :

Accident vasculaire tel que défini précédemment.

Cancer tel que défini précédemment.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) tel que défini précédemment.

Chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien) tel que défini précédemment.

Autisme est défini comme :

Une anomalie organique dans le développement du cerveau, caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste avant le troisième (3^e) anniversaire de naissance de l'Assuré.

Brûlures sont définies comme :

Des brûlures au troisième (3^e) degré sur au moins vingt pour cent (20 %) de la surface du corps.

Cécité est définie comme :

La perte totale et irréversible de la vision des deux (2) yeux, confirmée par un ophtalmologiste, avec une acuité visuelle corrigée de vingt sur deux cents (20/200) ou moins pour chaque oeil, ou un champ de vision de moins de vingt (20) degrés aux deux (2) yeux.

Chirurgie de l'aorte est définie comme :

L'intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte nécessitant le remplacement chirurgical de l'artère affectée au moyen d'un greffon. On entend par « aorte » l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma est défini comme :

Un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes, pour une période continue de quatre (4) jours. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer continuellement quatre (4) ou moins pendant les quatre (4) jours.

Exclusions :

- un coma médicalement provoqué ;
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue.

Fibrose kystique est définie comme :

Un diagnostic définitif de fibrose kystique posé avant que l'Assuré ait atteint l'âge de dix-huit (18) ans, mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.

Insuffisance rénale est définie comme :

Stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux (2) reins, qui nécessite des traitements par dialyse régulière, par dialyse péritonéale ou par greffe rénale.

Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente est définie comme :

Le diagnostic de l'insuffisance irréversible du coeur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire.

Pour se qualifier, l'Assuré doit être éligible comme receveur, au sein d'un programme gouvernemental de transplantations d'organes ou de moelle osseuse, approuvé au Canada ou aux États-Unis, d'un (1) ou de plusieurs des organes ou de la moelle osseuse, tel que spécifié dans cette clause.

En ce qui concerne la période de survie, la date de diagnostic est la date de prise d'effet de l'enregistrement de l'Assuré au programme de transplantation.

Maladie d'Alzheimer est définie comme :

Un diagnostic clinique non équivoque, par un spécialiste, de la maladie d'Alzheimer, laquelle est une affection dégénérative progressive du cerveau. L'Assuré doit présenter des signes de détérioration intellectuelle importante affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social, de façon telle qu'une surveillance journalière continue est rendue nécessaire. Tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que les maladies psychiatriques sont exclues.

Maladie de Parkinson est définie comme :

Un diagnostic clinique non équivoque, par un spécialiste, de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux (2) des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). L'Assuré doit avoir besoin de l'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer deux (2) ou plus des six (6) activités de la vie quotidienne suivantes : prendre son bain, se vêtir, faire sa toilette, être continent, se mouvoir ou se nourrir, comme spécifié dans les définitions. Tout autre type de parkinsonisme est spécifiquement exclu.

Maladie du motoneurone est définie comme :

Un diagnostic non équivoque d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire, et ceci se limitent aux maladies énumérées précédemment.

Paralysie est définie comme :

La perte complète et permanente de l'usage de deux (2) membres ou plus durant une période ininterrompue de quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur, sans qu'il y ait eu aucun signe d'amélioration durant cette période. Toute cause psychiatrique est spécifiquement exclue.

Perte d'autonomie est définie comme :

Un diagnostic non équivoque, par un spécialiste, pour une période continue de quatre-vingt-dix (90) jours confirmant l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne spécifiées dans les définitions, sans possibilité raisonnable de guérison, ou confirmant une **déficiência cognitive** telle que définie ci-après :

La **déficiência cognitive** se définit comme :

La détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables, et résultant d'une cause organique objective, diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficiência cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue.

L'établissement de la déficiência cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées, validant lesdites déficiences. Tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique dont on peut faire la preuve objective n'est pas couvert.

Perte de la parole est définie comme :

La perte totale et irréversible de l'usage de la parole, résultant d'une blessure ou d'une maladie physique et persistant pour une période continue d'au moins cent quatre-vingts (180) jours. Toute cause psychiatrique est spécifiquement exclue.

Perte de membres est définie comme :

La séparation irréversible de deux (2) ou plusieurs membres au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Une perte résultant directement de l'usage de drogues ou d'alcool est exclue.

Remplacement des valves du coeur est défini comme :

Le remplacement de toute valve du coeur au moyen d'une valve naturelle, animale ou mécanique. La réparation d'une valve est expressément exclue.

Sclérose en plaques est définie comme :

Un diagnostic non équivoque, par un neurologue, de sclérose en plaques, caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six (6) mois ou avec deux (2) épisodes distincts, documentés de faits cliniques. Les plaques disséminées de démyélinisation doivent être confirmées par une résonance magnétique (IRM) ou par technique d'imagerie médicale généralement utilisée pour le diagnostic de la sclérose en plaques.

Surdité est définie comme :

La perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un niveau d'audition de quatre-vingt-dix (90) décibels ou plus, à l'intérieur d'un niveau de parole de cinq cents (500) à trois mille (3 000) cycles par seconde.

Transplantation d'un organe vital est définie comme :

Le diagnostic de l'insuffisance irréversible du coeur, des deux (2) poumons, du foie, des deux (2) reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier pour la transplantation d'un organe vital, l'Assuré doit aller en chirurgie pour recevoir par transplantation un (1) coeur, deux (2) poumons, un (1) foie, deux (2) reins ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.

Tumeur cérébrale bénigne est définie comme :

Une tumeur non maligne qui provient du cerveau ou des méninges. La nature histologique de la tumeur doit être confirmée par un examen des tissus au moyen d'une biopsie ou d'une exérèse chirurgicale. Les tumeurs des os crâniens et les microadénomes pituitaires d'un diamètre de moins de dix (10) millimètres sont exclus.

Période moratoire : aucune indemnité n'est payable pour tout cancer ou tumeur cérébrale bénigne lorsque la première des dates suivantes survient dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'effet ou de la remise en vigueur de la présente garantie :

- la date de diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne ; ou
- la date d'apparition de signes ou de symptômes avant-coureurs de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne ; ou
- la date des consultations médicales et des tests qui mènent au diagnostic de n'importe quel cancer, couvert ou exclu, ou de tumeur cérébrale bénigne.

Cependant, ces exclusions ne mettent pas fin à la garantie. L'Assuré demeure protégé en vertu des autres maladies couvertes.

Obligation de divulgation : n'importe quel diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne ou signe ou symptôme ou consultation médicale ou test qui mènent au diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette garantie) ou de tumeur cérébrale bénigne se manifestant pendant la période moratoire doit être rapporté par écrit à l'Assureur dans les six (6) mois du diagnostic. Si cette information n'est pas divulguée à l'Assureur, celui-ci a le droit de refuser toute réclamation de maladies graves en vertu de cette garantie.

VIH professionnel est défini comme :

Un diagnostic d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de l'Assuré, laquelle expose celui-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- a) la blessure accidentelle doit être rapportée à l'Assureur dans les quatorze (14) jours suivant l'événement accidentel;
- b) un test du VIH doit être effectué dans les quatorze (14) jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- c) un test du VIH doit être effectué entre quatre-vingt-dix (90) et cent quatre-vingts (180) jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé par l'Assureur;
- e) la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes canadiennes du travail.

Aucune prestation ne sera payable si :

- a) l'Assuré a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- b) un traitement approuvé préventif ou curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle;
- c) l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses).



*Veillez prendre connaissance de tous les détails en lisant le texte de la police.
En cas de divergence entre la police et le présent document, le texte de la police prévaut.*

EXIGENCES DE SÉLECTION

Âge	Montant	Exigence de sélection
0 - 17	25 000 \$ - 250 000 \$	Téléselection
0 - 17	250 001 \$ - 500 000 \$	Téléselection, analyse d'urine VIH, RMT, QF
0 - 17	500 001 \$ - 1 000 000 \$	Téléselection, signes vitaux, analyse du sang, RMT, enquête
18 - 40	25 000 \$ - 250 000 \$	Téléselection, analyse d'urine VIH
18 - 40	250 001 \$ - 500 000 \$	Téléselection, analyse du sang, RMT, QF
18 - 40	500 001 \$ - 1 000 000 \$	Téléselection, signes vitaux, analyse du sang, RMT, ECG, enquête
41 - 50	25 000 \$ - 250 000 \$	Téléselection, signes vitaux, analyse d'urine VIH
41 - 50	250 001 \$ - 500 000 \$	Téléselection, signes vitaux, analyse du sang, RMT, QF
41 - 50	500 001 \$ - 1 000 000 \$	Téléselection, signes vitaux, analyse du sang, RMT, ECG, enquête
51 - 60	25 000 \$ - 250 000 \$	Téléselection, signes vitaux, analyse du sang avec PSA
51 - 60	250 001 \$ - 500 000 \$	Téléselection, signes vitaux, analyse du sang avec PSA, RMT, ECG, QF
51 - 60	500 001 \$ - 1 000 000 \$	Téléselection, signes vitaux, analyse du sang avec PSA, RMT, ECG, R-X, enquête
61 - 65	25 000 \$ - 1 000 000 \$	Communiquer avec le Siège Social

MODIFICATIONS AUTORISÉES APRÈS L'ÉMISSION DE LA POLICE

Voici les modifications les plus fréquemment demandées.

Si la modification que vous désirez faire ne se retrouve pas dans le tableau ci-dessous, veuillez vous adresser au Service aux représentants d'Humania Assurance pour obtenir l'information.

Type de modification permise ▼	Permise en tout temps ▼	Nouvelle police ▼
Modification du statut fumeur à non-fumeur	X	
Modification du statut juvénile à non-fumeur (à compter de l'âge de 18 ans)	X	
Réduction du montant assuré	X	
Annulation d'une garantie**	X	
Transformation de l'assurance (avant l'âge de 60 ans)**	X	
Augmentation du montant assuré*		X
Ajout d'une garantie*		X
Changement d'informations bancaires	X	
Changement de bénéficiaire	X	
Changement de propriétaire	X	

Impact de ces modifications sur le calcul du remboursement des primes

* Pour les modifications marquées d'un astérisque, la modification fera l'objet d'une nouvelle police et c'est l'âge atteint par l'assuré à la date d'effet de la garantie ajoutée qui sera utilisé aux fins du calcul du remboursement de primes.

** Pour les modifications marquées de deux astérisques, les primes de ces garanties qui sont annulées sont totalement exclues du calcul du remboursement de primes.

Pour les autres modifications mentionnées ci-dessus, nous continuerons d'utiliser l'âge et la date d'effet à l'origine de la garantie pour calculer le remboursement des primes.

COMMISSIONS ET REMPLACEMENT DE LA POLICE

Commission

Les commissions sont annualisées en 1^{re} année et au renouvellement.

Échelle de commissions pour les représentants

Pour chaque vente, une seule structure de rémunération est disponible pour le représentant : commission majorée.

Les échelles de commissions ci-dessous s'appliquent par police, et à toutes les garanties contenues dans la police :

Cette structure de rémunération ne peut être modifiée par la suite :

Année 1	Année 2	Récupération	À l'année de renouvellement pour un T10, T15, T20, T25, T30
110 %	4 %	24 mois	25 %

Garanties optionnelles :

Année 1	110 %
Renouvellement	4 %
Récupération	24 mois

Remboursement des primes :

Année 1	10 %
Renouvellement	2 %
Récupération	24 mois

Remplacement interne

a) Pour une police en vigueur depuis moins de 5 ans :

L'équivalent du montant de la prime de la police remplacée continuera d'être commissionné au taux du renouvellement et l'augmentation de primes sera commissionnée en 1^{re} année. Cette règle s'applique même lorsque le remplacement survient dans la première année de police.

b) Pour une police en vigueur depuis au moins 5 ans :

La nouvelle police sera entièrement commissionnée en 1^{re} année.

c) Pour les remboursements de primes :

Si la police annulée incluait un remboursement de primes, ce dernier sera aussi annulé. Pas de suivi de remboursement de primes d'une police à l'autre. Cette règle s'applique aussi pour le remplacement d'une police assurance maladies graves temporaire par une autre police assurance maladies graves temporaire.



Humania Assurance est l'une des plus anciennes et des plus solides compagnies d'assurance au Québec. Elle protège plus de 200 000 personnes et mise sur un service exceptionnel pour répondre aux besoins de ses assurés actuels et futurs. Humania Assurance, ce qui compte c'est vous !

Humania Assurance Inc.

1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000

Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

Téléphone : 450 774-3120

Sans frais : 1 877 569-3120

www.humania.ca