



HUMANIA
ASSURANCE^{MD®}

ASSURANCE SANS
EXAMEN MÉDICAL

Simple et facile à souscrire!

GUIDE DU PRODUIT

SOMMAIRE

À qui s'adresse l'assurance sans examen médical d'Humania Assurance	3
Admissibilité	4
Clauses de conditions préexistantes	5
Fin de la police et des garanties	5
Sommaire de l'assurance vie	6
Paiement de l'indemnité de la police d'assurance vie	6
Sommaire de l'assurance maladies graves	7
Paiement de l'indemnité de la police d'assurance maladies graves	8
Liste des maladies graves couvertes et leur définition	9
Sommaire de l'assurance revenu en cas d'invalidité	10
Paiement de l'indemnité de la police d'assurance revenu en cas d'invalidité	11
Sommaire de l'assurance dettes en cas d'invalidité	13
Paiement de l'indemnité de la police d'assurance dettes en cas d'invalidité	14
Établissement du montant assurable et des indemnités payables	16
Avenant (option)	17
Information générale	18
Titulaire assuré et payeur	18
Modification après la vente	19
Preuve de revenu - police assurance invalidité	19

À QUI S'ADRESSE L'ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL D'HUMANIA ASSURANCE ?

Vous est-il déjà arrivé qu'une assurance vie, maladies graves (cancer, AVC, crise cardiaque) ou invalidité soit refusée ?

L'assurance sans examen médical d'Humania Assurance est destinée aux personnes qui, pour des raisons médicales ou autres, éprouvent des difficultés à souscrire un contrat :

- d'assurance vie
- d'assurance maladies graves
- d'assurance invalidité (revenu et dettes)

Pour souscrire ? **Pas d'examen médical**, vous devez simplement répondre à **six questions d'admissibilité**.

Vous êtes **protégé immédiatement** dès la réception de votre demande chez l'assureur.

Ce régime d'assurance vous offre une couverture :

- **À émission instantanée** ;
- **Simple** à comprendre ;
- **Facile** à souscrire.

Recevez jusqu'à **100 000 \$** à la suite du diagnostic d'un cancer, d'une crise cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un pontage aortocoronarien.

Un accident ou une maladie vous empêche de travailler, nous vous verserons jusqu'à **2 500 \$** par mois pour couvrir votre perte de salaire ou* **2 500 \$** par mois pour vous permettre de payer vos dettes.

Jusqu'à **300 000 \$** versés à vos bénéficiaires à la suite d'un décès.

L'assurance sans examen médical d'Humania Assurance est disponible exclusivement par l'entremise d'un conseiller en sécurité financière dûment autorisé.

L'assurance sans examen médical d'Humania Assurance vous permet de souscrire 4 polices d'assurance distinctes en une seule demande soit :

- ASSEM vie
- ASSEM maladies graves
- ASSEM invalidité revenu
- ASSEM invalidité dettes

* Le montant mensuel total des indemnités payables par l'assureur pour l'ensemble des polices d'assurance invalidité HUMANIA ASSURANCE - ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL, sur la tête d'un assuré ne peut être supérieur à deux mille cinq cents dollars (2 500 \$).



POUR ÊTRE ADMISSIBLE ? PAS D'EXAMEN MÉDICAL, VOUS DEVEZ SIMPLEMENT RÉPONDRE À SIX QUESTIONS

Oui aux deux premières :

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Travaillez-vous actuellement ? | Oui | Non |
| 2. Au cours des 12 derniers mois avez-vous travaillé au moins 28 semaines et au moins 21 heures par semaine ? | Oui | Non |

Non aux quatre suivantes :

- | | | |
|---|-----|-----|
| 3. Au cours des 2 dernières années avez-vous été absent du travail pendant plus de 15 jours consécutifs en raison de maladie ou reçu des prestations d'invalidité ou de maladies graves, provenant d'un régime d'assurance privé ou public ? | Oui | Non |
| 4. Au cours des 2 dernières années avez-vous reçu un traitement ou vous a-t-on conseillé d'avoir recours à un traitement pour l'usage de drogues ou d'alcool ? | Oui | Non |
| 5. Au cours des 5 dernières années avez-vous été incarcéré dans un pénitencier pour plus de 48 heures ? | Oui | Non |
| 6. Au cours des 6 derniers mois avez-vous eu des malaises ou des symptômes physiques ou mentaux pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé ? | Oui | Non |

LES QUESTIONS SUIVANTES DÉTERMINERONT VOTRE(VOS) TAUX DE PRIMES ET VOS CONDITIONS DE POLICES.

Au cours **des 5 dernières années**, avez-vous reçu un diagnostic ou vous a-t-on conseillé ou prescrit un traitement, une thérapie ou des médicaments concernant l'un des troubles suivants :

- | | | |
|---|-----|-----|
| 7. Troubles du cœur, des vaisseaux sanguins ou un accident vasculaire cérébral ? | Oui | Non |
| 8. Cancer, tumeur, fibrose kystique, maladie de Hodgkin, lymphome, leucémie, emphysème ou bronchite chronique ? | Oui | Non |
| 9. Diabète, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hépatite B ou C, ou autres troubles du foie ou du pancréas ? | Oui | Non |
| 10. Sclérose en plaques, dystrophie musculaire, paralysie ? | Oui | Non |
| 11. Convulsions ou maladies du motoneurone ? | Oui | Non |
| 12. Troubles de la prostate, reins polykystiques ou autres troubles des reins ? | Oui | Non |
| 13. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ? | Oui | Non |
| 14. Arthrite rhumatoïde, fibromyalgie ou maladie discale ? | Oui | Non |
| 15. Dépression, psychose, schizophrénie ou troubles bipolaires ? | Oui | Non |
| 16. Y a-t-il plus qu'un membre de votre famille (parents, frères, sœurs) qui a déjà eu le cancer, diabète, accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, angine, sclérose en plaques, rein polykystique, ou maladie du motoneurone avant l'âge de 60 ans ? | Oui | Non |
| 17. Au cours des deux dernières années , avez-vous reçu un traitement ou une thérapie, vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments sous ordonnance, autres que des antibiotiques, pour un trouble quelconque de la santé ? | Oui | Non |

DES CLAUSES DE CONDITIONS PRÉEXISTANTES S'APPLIQUENT À TOUTES LES POLICES

En fonction de vos réponses au questionnaire de santé, celles-ci peuvent être de **12 ou 24 mois** (selon la police souscrite par le titulaire). La durée des conditions préexistantes est clairement mentionnée dans le sommaire présenté à l'écran et sur celui des garanties qui est joint à la police d'assurance.

Qu'est-ce qu'une affection préexistante ?

L'affection préexistante est une blessure, une maladie ou une affection qui s'est manifestée au cours de la période de 12 ou 24 mois, précédant la date d'effet de la police et pour laquelle :

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

Qu'arrive-t-il si j'ai besoin de faire une réclamation durant la période de conditions préexistantes ?

Aucune indemnité n'est payable durant la période de 12 ou 24 mois (selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la police si la réclamation résulte d'une affection préexistante et que les premiers signes et symptômes de cette maladie apparaissent chez l'assuré durant la période de 12 ou 24 mois suivant la date d'effet de la présente garantie. La responsabilité de l'assureur se limite alors au remboursement des primes payées et la police prend fin sans aucune autre valeur.

Exemple d'application d'une clause de condition préexistante 24/24 :

Marie a des problèmes cardiaques et d'hypertension. Durant les 24 derniers mois, elle a pris des médicaments et consulté régulièrement son médecin. Marie a décidé de souscrire une police d'assurance sans examen médical d'Humania Assurance.

Si dans les 24 mois suivant la souscription, pour une cause reliée directement ou indirectement à ses problèmes cardiaques et d'hypertension (conditions préexistantes), Marie désire effectuer une réclamation sur sa police, aucune prestation ne serait possiblement payable. Cependant les affections non reliées aux conditions préexistantes seraient quant à elles couvertes conformément au libellé de la police souscrite.

Après 24 mois, Marie pourra effectuer une réclamation pour toute situation couverte par sa police et ce, que sa réclamation soit reliée ou non à sa condition préexistante.

Durée de la condition préexistante

La durée de 12 ou 24 mois est établie en fonction des réponses aux questions de santé (7 à 17). Celles-ci sont également clairement mentionnées au sommaire de la police.

FIN DE LA POLICE ET DES GARANTIES

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

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

SOMMAIRE ASSEM VIE

Indemnités offertes	Minimum 5 000 \$, maximum 300 000 \$.
Limites d'âge à la souscription	Disponible pour les personnes âgées de 18 à 60 ans inclusivement.
Type de contrat	Temporaire 10 ou 20 ans selon l'option choisie par le titulaire de police.
Renouvellement	Garanti jusqu'à 70 ans.
Prime	Cette <i>police</i> a des primes variant par période de 10 ou 20 ans selon l'option choisie par le titulaire. La prime est garantie pour la période choisie. Au bout de 10 ou 20 ans, selon l'option choisie, la prime est ajustée pour refléter l'âge atteint de l' <i>assuré</i> , la <i>classe de risque</i> initiale de l' <i>assuré</i> et les taux de primes en usage à cette date. Cette nouvelle prime est garantie, elle aussi, pour une autre période de 10 ou 20 ans.
Bénéficiaire	Au choix du titulaire.
Clause de conditions préexistantes	Des conditions préexistantes de 12 ou 24 mois s'appliquent (variable selon la police souscrite par le titulaire).
Exclusions et restrictions	Veuillez consulter en ligne le document spécimen de police assurance vie pour le détail complet.

L'assurance sans examen médical d'Humania Assurance est disponible exclusivement par l'entremise d'un conseiller en sécurité financière dûment autorisé.

PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ DE LA POLICE D'ASSURANCE VIE

Lorsque le décès de l'assuré ne résulte pas d'une affection préexistante, l'assureur paie l'indemnité d'assurance vie inscrite au sommaire des garanties de la police sous réserve des restrictions et exclusions de la police.

Lorsque le décès de l'assuré résulte d'une affection préexistante et que le décès survient plus de 12 ou 24 mois (selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la police, l'assureur paie l'indemnité d'assurance vie sous réserve des restrictions et exclusions de la police.

Aucune indemnité d'assurance vie n'est payable durant la période de 12 ou 24 mois suivant la date d'effet de la police si le décès résulte d'une affection préexistante. La responsabilité de l'assureur se limite alors au remboursement des primes payées et la police prend fin sans aucune autre valeur.

Montant total des indemnités payables

Le montant total des indemnités payables par l'assureur pour l'ensemble des polices d'assurance vie HUMANIA ASSURANCE - ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL, sur la tête d'un assuré ne peut être supérieur à trois cent mille dollars (300 000 \$). Dans l'éventualité où le montant détenu par un assuré dépasse ce montant, l'assureur paiera une indemnité totale de trois cent mille dollars (300 000 \$) et remboursera les primes payées sur les indemnités en excédent de cette somme.

SOMMAIRE ASSEM MALADIES GRAVES

Indemnités offertes	Minimum 5 000 \$, maximum 100 000 \$.
Limites d'âge à la souscription	Disponible pour les personnes âgées de 18 à 55 ans inclusivement.
Type de contrat	Temporaire 10 ou 20 ans selon l'option choisie par le titulaire de police.
Renouvellement	Garanti jusqu'à 65 ans.
Prime	Cette <i>police</i> a des primes variant par période de 10 ou 20 ans selon l'option choisie par le titulaire. La prime est garantie pour la période choisie. Au bout de 10 ou 20 ans, selon l'option choisie, la prime est ajustée pour refléter l'âge atteint de l' <i>assuré</i> , la <i>classe de risque initiale</i> de l' <i>assuré</i> et les taux de primes en usage à cette date. Cette nouvelle prime est garantie, elle aussi, pour une autre période de 10 ou 20 ans.
Maladies couvertes	<ul style="list-style-type: none">• L'accident vasculaire cérébral (AVC);• Le cancer;• La chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien);• La crise cardiaque (infarctus du myocarde). Veillez vous référer au document spécimen de police assurance maladies graves concernant la définition exacte des conditions payables.
Période de survie	30 jours.
Période moratoire pour le cancer	90 jours.
Retour de primes au décès	Oui.
Bénéficiaire	L'assuré, à moins d'indication contraire sur la proposition.
Clauses de conditions préexistantes	Des clauses de conditions préexistantes de 12 ou 24 mois s'appliquent (variable selon la police souscrite par le titulaire).
Avenant (option)	Après 20 ans sans réclamation, bénéficiez du remboursement de vos primes à hauteur de 75 % du montant total de vos primes payées.
Exclusions et restrictions	Veillez consulter en ligne le document spécimen de police assurance maladies graves pour le détail complet.

L'assurance sans examen médical d'Humania Assurance est disponible exclusivement par l'entremise d'un conseiller en sécurité financière dûment autorisé.

PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ DE LA POLICE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Lorsqu'une maladie grave couverte par la police est diagnostiquée chez l'assuré et que cette maladie grave ne résulte pas d'une affection préexistante, l'assureur paie l'indemnité de maladies graves si l'assuré est toujours vivant trente (30) jours après la date du diagnostic.

Lorsqu'une maladie grave couverte au contrat résulte d'une affection préexistante et que cette maladie grave est diagnostiquée chez l'assuré, 12 ou 24 (variable selon la police souscrite par le titulaire) mois après la date d'effet de la police, l'assureur paie l'indemnité de maladies graves si l'assuré est toujours vivant trente (30) jours après la date du diagnostic.

Aucune indemnité de maladies graves n'est payable lorsqu'une maladie grave couverte au contrat résulte d'une affection préexistante et que cette maladie grave est diagnostiquée chez l'assuré durant la période de 12 ou 24 mois, selon la police souscrite, suivant la date d'effet de la police. La responsabilité de l'assureur se limite alors au remboursement des primes payées et la police prend fin sans aucune autre valeur.

En cas de décès de l'assuré, si aucune indemnité de maladies graves n'est payable, l'assureur paie une indemnité égale au total, sans intérêt, des primes payées ainsi que des frais administratifs payés durant la période de couverture de la police, sujet à un remboursement maximal ne dépassant pas l'indemnité de maladies graves de la police.

Restrictions

Conditions reliées au paiement d'une indemnité de maladies graves couvertes :

L'indemnité n'est payable qu'après la période de survie et qu'il s'agit de la première manifestation d'une maladie grave couverte au contrat. Les indemnités de maladies graves ne sont pas cumulatives. Ainsi, l'Assureur ne pourra jamais être appelé à payer plus d'une indemnité en vertu de la présente garantie.

Exclusions

Aucune indemnité n'est payable durant la période de 12 ou 24 mois (selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la garantie, si la maladie grave couverte au contrat résulte d'une affection préexistante.

Aucune indemnité de maladies graves couvertes n'est payable lorsqu'elle résulte :

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que l'assuré s'est infligée 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 ; ou
- du fait que l'assuré a consommé de façon intentionnelle une drogue ou un médicament qui ne lui a pas été prescrit par un médecin ou autre professionnel de la santé ou si l'assuré a consommé une drogue ou un médicament prescrit par un médecin ou un professionnel de la santé sans respecter les directives d'utilisation.

Montant maximal payable

Le montant total des indemnités payables par l'Assureur pour l'ensemble des polices d'assurance maladies graves HUMANIA ASSURANCE – ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL sur la tête d'un assuré ne peut être supérieur à cent mille dollars (100 000 \$). Dans l'éventualité où le montant détenu par un assuré dépasse ce montant, l'Assureur paiera une indemnité totale de cent mille dollars (100 000 \$) et remboursera les primes payées sur les indemnités en excédent de cette somme.

LISTE DES MALADIES GRAVES COUVERTES ET LEUR DÉFINITION

L'accident vasculaire cérébral :

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.

Le cancer :

Une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic du cancer doit être posé par un médecin spécialiste.

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 de la présente garantie :

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

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 en vertu de cette garantie.

La chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien) :

La chirurgie du cœur visant à remédier, par pontage, 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 crise cardiaque (infarctus du myocarde) :

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.

SOMMAIRE ASSEM REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ

Indemnités offertes	Minimum 400 \$, maximum 2 500 \$ par mois.
Délai de carence	90 jours.
Période d'indemnisation	24 mois.
Limites d'âge à la souscription	Disponible pour les personnes âgées de 18 à 55 ans inclusivement.
Type de contrat	Temporaire 10 ou 20 ans selon l'option choisie par le titulaire de police.
Renouvellement	Garanti jusqu'à 65 ans.
Prime	Cette <i>police</i> a des primes variant par période de 10 ou 20 ans selon l'option choisie par le titulaire. À moins de mention explicite à la garantie, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster les primes des garanties selon l'expérience si elle diffère des résultats anticipés.
Indemnité rétroactive	6 mois. Lorsque l'assuré a reçu des indemnités d'invalidité totale pendant six (6) mois consécutifs, l'assureur paie une somme forfaitaire équivalente aux indemnités d'invalidité totale qui auraient été payées durant le délai de carence de la garantie concernée, comme si ce délai n'avait pas existé.
Invalidité couverte	Toute invalidité totale causée par un accident ou une maladie.
Exonération des primes	3 mois.
Coordination	100 %
Intégration	1 200 \$ non intégré.
Bénéficiaire	L'assuré.
Clauses de conditions préexistantes	Des clauses de conditions préexistantes de 12 ou 24 mois s'appliquent (variable selon la police souscrite par le titulaire).
Avenant (option)	Après 20 ans sans réclamation, bénéficiez du remboursement de vos primes à hauteur de 75 % du montant total de vos primes payées.
Exclusions et restrictions	Veuillez consulter en ligne le document spécimen de police assurance invalidité.

Humania Assurance sans examen médical est disponible exclusivement par l'entremise d'un conseiller en sécurité financière dûment autorisé.

PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ DE LA POLICE D'ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ

Lorsque l'*invalidité de l'assuré* ne résulte pas d'une *affection préexistante*, l'*assureur* paie mensuellement, alors que l'*assuré* est *totale­ment invalide*, l'*indemnité admissible indiquée* au sommaire de la police après un *dé­lai de carence de 90 jours* et pour une durée maximale de 24 mois, sous réserve des restrictions et exclusions de la police.

Lorsque l'*invalidité de l'assuré* résulte d'une *affection préexistante* et que celle-ci débute plus de 12 ou 24 mois (selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la police, l'*assureur* paie mensuellement, alors que l'*assuré* est *totale­ment invalide*, l'*indemnité admissible* indiquée au sommaire des garanties de la police, sous réserve des restrictions et exclusions de la *police*.

Aucune indemnité d'*invalidité* n'est payable lorsque l'*invalidité de l'assuré* résulte d'une *affection préexistante* et que l'*invalidité* débute durant la période de 12 ou 24 mois suivant la date d'effet de la police. La responsabilité de l'assureur se limite alors au remboursement des primes payées et la police prend fin sans aucune autre valeur.

Les premiers mille deux cents dollars (1 200 \$) d'indemnité mensuelle payable, pour l'ensemble des protections d'*invalidité* ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL D'HUMANIA ASSURANCE détenues par l'*assuré* auprès de l'*assureur*, ne sont pas *inté­grés aux régimes gouvernementaux* ni *coordonnés* à toute autre assurance.

Les indemnités supérieures à mille deux cents dollars (1 200 \$) payables deviennent *inté­grées et coordonnées* en totalité. Les indemnités d'*invalidité* sont alors établies en fonction du *revenu gagné mensuel moyen de l'assuré*, jusqu'à concurrence du maximum *assuré* indiqué au sommaire des garanties.

Définition d'invalidité totale

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

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

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

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

Restrictions

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

- l'assureur paie mensuellement la somme des montants admissibles jusqu'à concurrence du moindre de cinquante pour cent (50 %) du montant de garantie d'invalidité totale inscrit au sommaire des garanties et d'une indemnité maximale de mille deux cents dollars (1200 \$) pour l'ensemble des protections d'invalidité détenues par l'assuré auprès de l'assureur.

Exclusions

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

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

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- de la participation de l'assuré à la perpétration ou à la tentative de perpétration d'un acte illégal ou criminel, ou du fait qu'il conduise un véhicule à moteur ou un bateau sous l'influence de stupéfiant ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale;
- de toxicomanie, d'alcoolisme, d'abus d'alcool ou d'usage d'hallucinogènes, de drogues ou de stupéfiants;
- du service, comme combattant ou non-combattant, dans des forces armées engagées dans des opérations de surveillance, d'entraînement, de pacification, d'insurrection, de guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou de tout acte s'y rattachant, ou de la participation de l'assuré à une manifestation populaire;
- de blessure subie au cours d'un déplacement aérien, sauf si l'assuré est passager payant d'un aéronef d'un transporteur public;
- de l'entraînement ou de la participation à des sports en tant que professionnel ou toute épreuve de vitesse motorisée;
- d'une blessure résultant de la pratique de toute activité à risque élevé incluant, sans s'y limiter, le saut à l'élastique « bungee », le ski ou la planche à neige acrobatique, l'hélisti ou l'héliplanche, le saut à ski, le parachutisme, le vol libre, le « sky-surfing », la luge de rue, l'activité de skeleton, l'escalade de montagne ou de rocher avec ou sans cordes et la participation à des rodéos ou à des combats extrêmes;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une chirurgie électorive, et de toute complication en résultant;
- de traitements expérimentaux et de ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment.

Aucune indemnité d'invalidité n'est payable pour :

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

Exonération des primes

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

Indemnité rétroactive

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

Présomption d'invalidité totale et permanente

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

Perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou d'un sens parmi les suivants signifie :

- d'une main, d'un 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 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;
- de la vue : perte totale et définitive de la vue des deux (2) yeux (acuité visuelle de vingt sur deux cents [20/200] ou moins, ou champ de vision de moins de vingt [20] degrés).

Montant maximal payable

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

SOMMAIRE ASSEM DETTES EN CAS D'INVALIDITÉ

Indemnités offertes	Minimum 400 \$, maximum 2 500 \$ par mois.
Délai de carence	90 jours.
Période d'indemnisation	12 ou 24 mois.
Limites d'âge à la souscription	Disponible pour les personnes âgées de 18 à 55 ans inclusivement.
Type de contrat	Temporaire 10 ou 20 ans selon l'option choisie par le titulaire de police.
Renouvellement	Garanti jusqu'à 65 ans.
Prime	Cette <i>police</i> a des primes variant par période de 10 ou 20 ans selon l'option choisie par le titulaire. À moins de mention explicite à la garantie, l'Assureur se réserve le droit d'ajuster les primes des garanties selon l'expérience si elle diffère des résultats anticipés.
Indemnité rétroactive	6 mois. Lorsque l'assuré a reçu des indemnités d'invalidité totale pendant six (6) mois consécutifs, l'assureur paie une somme forfaitaire équivalente aux indemnités d'invalidité totale qui auraient été payées durant le délai de carence de la garantie concernée, comme si ce délai n'avait pas existé.
Invalidité couverte	Toute invalidité totale causée par un accident ou une maladie.
Exonération des primes	3 mois.
Coordination	Non coordonnée. Toute créance couverte par une autre assurance est exclue.
Bénéficiaire	L'assuré.
Clauses de conditions préexistantes	Des clauses de conditions préexistantes de 12 ou 24 mois s'appliquent (variable selon la police souscrite par le titulaire).
Avenant (option)	Après 20 ans sans réclamation, bénéficiez du remboursement de vos primes à hauteur de 75 % du montant total de vos primes payées.
Exclusions et restrictions	Veuillez consulter en ligne le document spécimen de police assurance invalidité.

Humania Assurance sans examen médical est disponible exclusivement par l'entremise d'un conseiller en sécurité financière dûment autorisé.

PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ DE LA POLICE D'ASSURANCE DETTES INVALIDITÉ

Lorsque l'*invalidité* de l'*assuré* ne résulte pas d'une *affection préexistante*, l'*assureur* paie mensuellement, alors que l'*assuré* est *totale*ment *invalide*, l'*indemnité admissible indiquée* au sommaire de la police après un *décalé de carence de 90 jours* et pour une durée maximale de 24 mois, sous réserve des restrictions et exclusions de la police.

Lorsque l'*invalidité* de l'*assuré* résulte d'une *affection préexistante* et que celle-ci débute plus de 12 ou 24 mois (selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la police, l'*assureur* paie mensuellement, alors que l'*assuré* est *totale*ment *invalide*, l'*indemnité admissible* indiquée au sommaire des garanties de la police, sous réserve des restrictions et exclusions de la police.

Aucune indemnité d'*invalidité* n'est payable lorsque l'*invalidité* de l'*assuré* résulte d'une *affection préexistante* et que l'*invalidité* débute durant la période de 12 ou 24 mois suivant la date d'effet de la police. La responsabilité de l'*assureur* se limite alors au remboursement des primes payées et la police prend fin sans aucune autre valeur.

Définition d'invalidité totale

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

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

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

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

Restrictions

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

- l'*assureur* paie mensuellement la somme des montants admissibles jusqu'à concurrence du moindre de cinquante pour cent (50 %) du montant de garantie d'invalidité totale inscrit au sommaire des garanties et d'une indemnité maximale de mille deux cents dollars (1200 \$) pour l'ensemble des protections d'invalidité détenues par l'*assuré* auprès de l'*assureur*.

Exclusions

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

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

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que l'assuré s'est infligée volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non ;
- de la participation de l'assuré à la perpétration ou à la tentative de perpétration d'un acte illégal ou criminel, ou du fait qu'il conduise un véhicule à moteur ou un bateau sous l'influence de stupéfiant ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale ;

- de toxicomanie, d'alcoolisme, d'abus d'alcool ou d'usage d'hallucinogènes, de drogues ou de stupéfiants;
- du service, comme combattant ou non-combattant, dans des forces armées engagées dans des opérations de surveillance, d'entraînement, de pacification, d'insurrection, de guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou de tout acte s'y rattachant, ou de la participation de l'assuré à une manifestation populaire;
- de blessure subie au cours d'un déplacement aérien, sauf si l'assuré est passager payant d'un aéronef d'un transporteur public;
- de l'entraînement ou de la participation à des sports en tant que professionnel ou toute épreuve de vitesse motorisée;
- d'une blessure résultant de la pratique de toute activité à risque élevé incluant, sans s'y limiter, le saut à l'élastique « bungee », le ski ou la planche à neige acrobatique, l'héliski ou l'héliplanche, le saut à ski, le parachutisme, le vol libre, le « sky-surfing », la luge de rue, l'activité de skeleton, l'escalade de montagne ou de rocher avec ou sans cordes et la participation à des rodéos ou à des combats extrêmes;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une chirurgie électorale, et de toute complication en résultant;
- de traitements expérimentaux et de ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment.

Aucune indemnité d'invalidité n'est payable pour :

- la période où l'assuré a droit à des congés payés à la suite d'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.

Exonération des primes

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

Indemnité rétroactive

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

Présomption d'invalidité totale et permanente

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

Perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou d'un sens parmi les suivants signifie :

- d'une main, d'un 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 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;
- de la vue : perte totale et définitive de la vue des deux (2) yeux (acuité visuelle de vingt sur deux cents [20/200] ou moins, ou champ de vision de moins de vingt [20] degrés).

Montant maximal payable

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

ÉTABLISSEMENT DU MONTANT ASSURABLE ET DES INDEMNITÉS PAYABLES

ASSEM Dettes verse une indemnité pour couvrir les créances (dettes, prêts) de l'assuré. L'établissement des montants assurables et payables est donc basé sur les créances admissibles, et non pas sur le revenu de l'assuré. Lors d'une réclamation : les preuves des créances devront être obligatoirement soumises à l'Assureur pour la détermination du versement d'indemnité et la durée maximale des prestations.

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

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

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

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

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

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

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

Bail de location : prêt relatif à la location d'un bien, excluant tout bail relié à la location d'un logement résidentiel.

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

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

Spécifiquement, le montant mensuel admissible pour :

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

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

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

- **un loyer résidentiel éligible** correspond au montant du loyer pour une durée maximale de deux (2) ans et est nul par la suite;
- **un prêt levier** pour financer un placement correspond au moins élevé entre trois pourcent (3 %) du solde débiteur au début de

l'invalidité et le montant minimal exigible par l'institution financière. Ce montant est admissible pour dix (10) ans et est nul par la suite;

- **un prêt personnel** correspond au versement périodique établi dans le contrat pour rembourser la dette. Ce montant est admissible jusqu'à la date d'échéance du prêt et est nul par la suite.

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

- **tout autre type de créances admissibles** correspond au versement périodique établi dans le contrat pour rembourser la dette.

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

Pour toute créance admissible personnelle contractée par plusieurs parties avec obligation solidaire, le montant mensuel admissible correspond à 100 % du versement admissible.

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

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

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

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

AVENANT (OPTION) GARANTIE DE REMBOURSEMENT DE PRIMES TOUS LES 20 ANS

Cette garantie est une garantie optionnelle, la garantie est en vigueur si le titulaire l'a choisie, comme indiqué au sommaire des garanties, et que toutes ses primes périodiques ont été payées. Cette garantie optionnelle n'est pas disponible avec la couverture d'assurance vie.

Indemnité

Alors que cette garantie est en vigueur et après vingt (20) années consécutives de protection sans aucun versement d'indemnité, l'assureur rembourse soixante-quinze pour cent (75%) des primes payées durant cette période. Le versement du remboursement de primes au bénéficiaire débute une nouvelle période de protection sans versement d'indemnité.

Restrictions

Si, à la demande du titulaire, le montant de protection de la garantie de base est réduit de plus de vingt-cinq pour cent (25%), la prime qui aurait été payable si cette réduction s'était appliquée depuis le début de la période de remboursement sera réputée avoir été payée depuis le début de la période de remboursement.

Fin de la garantie

Cette garantie se termine à la première des dates suivantes :

- la date de réception par l'assureur d'une demande écrite du titulaire d'annuler la présente garantie ou la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'assureur;
- la date d'expiration du délai de grâce du paiement de la prime requise pour cette garantie;
- la date à laquelle une indemnité est versée et qu'il reste moins de 20 ans à courir à la police.

INFORMATION GÉNÉRALE

Le produit « assurance sans examen médical d'Humania Assurance » est distribué exclusivement par l'entremise d'un conseiller en sécurité financière dûment autorisé. Les souscriptions se font uniquement via le site web <http://assem.humania.ca/accueil>. Aucune proposition papier n'est disponible.

Pour être autorisé à distribuer ce produit, le conseiller en sécurité financière doit avoir un contrat en bonne et due forme avec Humania Assurance, mais également être inscrit et approuvé sur le portail électronique

www.humania.ca/gestion-acces-securise/connexion.

TITULAIRE, ASSURÉ ET PAYEUR

Lors de la souscription, le titulaire, l'assuré, et le payeur doit être une seule et même personne. Les corporations ne sont pas acceptées comme titulaire à la souscription. Après l'émission de la police, il est possible de modifier le titulaire ou le payeur. Veuillez vous référer à la section « modifications permises ».

Émission des polices : « L'assurance sans examen médical d'Humania Assurance » permet de souscrire une ou plusieurs des protections suivantes :

Assurance vie : jusqu'à 300 000 \$

Assurance maladies graves : jusqu'à 100 000 \$

Assurance revenu : jusqu'à 2 500 \$ par mois

Assurance dettes : jusqu'à 2 500 \$ par mois

Chaque protection est émise de façon unique. Humania Assurance émettra une police par protection désirée.

Prime mensuelle minimum : 10 \$ par mois par police émise.

Transformation des polices : aucune option ou privilège de transformation n'est offert sur le produit.

Montant maximal payable : Le montant mensuel total des indemnités payables par l'assureur pour l'ensemble des polices d'assurance invalidité HUMANIA ASSURANCE - ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL, sur la tête d'un assuré ne peut être supérieur à deux mille cinq cents dollars (2 500 \$).



MODIFICATION APRÈS LA VENTE

Modifications autorisées après l'émission de la police

Type de modification permise	Permis en tout temps	Annulation et émission d'un nouveau contrat
Changement de titulaire	✓	
Changement de payeur	✓	
Fumeur à non-fumeur	✓	
Augmentation de capital		✓
Réduction de capital	✓	
Ajout du remboursement des primes		✓
Réduction des taux à la suite d'une amélioration de la situation de santé (exemple le client passe de bronze à or)		✓

PREUVE DE REVENU – POLICE D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Aucune preuve à la souscription

À la réclamation : La déclaration de revenu de la dernière année civile complétée avant le début de l'invalidité incluant l'avis de cotisation, ou les déclarations de revenus et avis de cotisation pour les trois (3) meilleures des cinq (5) dernières années.

Revenu gagné mensuel moyen : le montant le plus élevé entre le revenu gagné de la dernière année civile complétée avant le début de l'invalidité et la moyenne du revenu annuel gagné des trois (3) meilleures des cinq (5) dernières années, divisée par douze (12).





**ASSURANCE SANS
EXAMEN MÉDICAL**

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

Pour plus d'information sur l'assurance sans examen médical d'Humania Assurance, nous vous invitons à prendre contact avec votre conseiller en sécurité financière, ou à nous faire parvenir vos questions par courriel à l'adresse info@humania.ca ou par téléphone au 1-800-773-8404, du lundi au vendredi entre 8 h et 17 h (heure de l'Est).

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.