

5575

ASSURANCE CANCER

Contrat d'assurance

L'ASSUREUR

Humania Assurance inc.

1555, rue Girouard Ouest, C. P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

Service à la clientèle : 1 800 773-8404

Courriel : clients@humania.ca

Site Internet : www.humania.ca

Nom du titulaire :

Nom de l'assuré :

Numéro de contrat :

Date de début du contrat :

Sommaire des protections

Montant d'assurance : 50 000 \$

Ce montant est le montant maximal d'indemnité que vous pouvez recevoir durant la durée de votre contrat, pour l'ensemble de vos protections détaillées sur cette page.

PROTECTIONS

Description des protections	Indemnité	Votre paiement pour cette protection
Cancer majeur	50 000 \$	X \$
Cancer mineur	7 500 \$	
Décès	7 500 \$	

Option complète assurance maladies graves

Les maladies graves couvertes sont :

- l'accident vasculaire cérébral (un «AVC»);
- le pontage aortocoronarien;
- la crise cardiaque;
- la paralysie;
- le coma.

50 000 \$

X \$

Votre paiement mensuel payable le X de chaque mois est de :

X \$

Les montants de paiement sont garantis pendant dix (10) ans à partir du début du contrat.

DATE DE DÉBUT DU CONTRAT

Votre contrat inclut le sommaire des protections, une table des matières, une introduction, les sections A à D, votre demande d'assurance (annexes A et B), ainsi que toute modification convenue avec vous par écrit.

En remplissant votre demande d'assurance, vous déclarez que toutes vos réponses sont exactes et complètes. Votre contrat est émis sur la foi des renseignements que vous nous transmettez et peut être annulé par Humania Assurance s'ils sont inexacts.

Nous vous invitons à lire attentivement les annexes A - Informations sur votre demande d'assurance et B - Votre questionnaire d'admissibilité et d'assurabilité) afin de vous assurer que les réponses que vous avez données sont exactes et complètes. Vous devez nous aviser de toute correction nécessaire. En cas de doute, communiquez avec Humania Assurance.

Introduction

Informations utiles pour la lecture de ce contrat

PARTIES DU CONTRAT

Les éléments suivants font tous partie de ce contrat d'assurance :

- Votre sommaire des protections ;
- Votre table des matières ;
- Les différentes sections de votre contrat :
 - Introduction (cette page-ci) ;
 - Section A :
 - Assurance cancer et indemnité en cas de décès ;
 - Option complète assurance maladies graves ;
 - Section B - Les définitions ;
 - Section C - Les conditions légales ;
 - Section D - Les conditions générales ;
- Votre demande d'assurance :
 - Annexe A - Informations sur votre demande d'assurance ;
 - Annexe B - Votre questionnaire d'admissibilité et d'assurabilité.

Le contrat d'assurance doit être lu comme un tout. Les clauses doivent donc être interprétées les unes par rapport aux autres, d'après le sens qui tient compte de l'ensemble du contrat.

TABLE DES MATIÈRES

Vous pouvez vous référer à la table des matières pour comprendre la structure de ce contrat et trouver une information en particulier.

DÉFINITIONS

Les mots et les expressions en italique sont expliqués à la section B de ce document.

EXEMPLES

Pour faciliter votre compréhension, vous trouverez plusieurs exemples dans le texte de ce contrat. Ils sont identifiés par des encadrés. Attention ! Ces exemples sont des situations simplifiées pour aider à illustrer un principe d'assurance ; ils ne doivent donc pas être pris au pied de la lettre.

Table des matières

Section A - Assurance cancer et indemnité en cas de décès	5
Question 1 - Quel est le montant d'assurance que je peux choisir?	5
Question 2 - Comment effectuer mes paiements et qu'est-ce qui se passe en cas de retard de paiement?	5
Question 3 - Est-ce que je peux être assuré sur plus d'un contrat d'assurance?	6
Question 4 - Qu'est-ce qui est couvert par ma protection d'Assurance cancer et d'indemnité en cas de décès?	7
Question 5 - Quelles sont les exclusions?	8
Question 6 - Quelle est la durée de protection de mon contrat?	10
Question 7 - À quel moment mon montant de paiement peut-il changer?	11
Question 8 - À quel moment se termine mon contrat?	11
Question 9 - Qui fait quoi?	12
Question 10 - Comment réclamer une indemnité?	13
Section A - Option complète assurance maladies graves	14
Question 11 - Qu'est-ce qui est couvert par ma protection d'assurance maladies graves?	14
Question 12 - Quelles sont les limitations et les exclusions pour les maladies graves?	16
Question 13 - À quel moment se termine la protection Option complète assurance maladies graves ou le contrat Assurance cancer?	17
Section B - Les définitions	18
Section C - Les conditions légales	20
Section D - Les conditions générales	22
Annexe A - Informations sur votre demande d'assurance	24
Annexe B - Votre questionnaire d'admissibilité et d'assurabilité	25

Section A

Assurance cancer et indemnité en cas de décès

Question 1 - Quel est le montant d'assurance que je peux choisir ?

« LE MONTANT D'ASSURANCE »

- Le montant d'assurance que vous avez choisi est indiqué dans le Sommaire des protections (p. 2). Il s'agit du montant maximal d'indemnité que vous pouvez recevoir durant la durée de votre contrat, pour l'ensemble de vos protections.
- Lors d'un diagnostic de cancer, vous recevez :
 - Pour un cancer majeur : 100 % du montant d'assurance ;
 - Pour un cancer mineur : 15 % du montant d'assurance :
 - Si vous développez par la suite :
 - Un cancer majeur, le reste de votre montant d'assurance (85 %) vous sera versé ;
 - Un second cancer mineur, aucune indemnité ne vous sera versée.
- Lors d'un décès, qu'il soit relié ou non à un cancer, votre bénéficiaire reçoit :
 - 15 % du montant d'assurance.
- Pour plus de détails sur ces protections, vous pouvez lire la **Question 4 - Qu'est-ce qui est couvert par ma protection d'Assurance cancer et d'indemnité en cas de décès.**
- L'indemnité est non imposable et est versée indépendamment de toute autre assurance que vous avez auprès d'une autre compagnie d'assurance.

Martine reçoit un diagnostic de cancer du sein d'un médecin spécialiste après qu'elle ait acheté une protection d'Assurance cancer. Elle remplit les documents nécessaires et les transmet à Humania Assurance. L'assureur peut lui payer une indemnité même si elle reçoit aussi une indemnité par son contrat d'assurance invalidité.



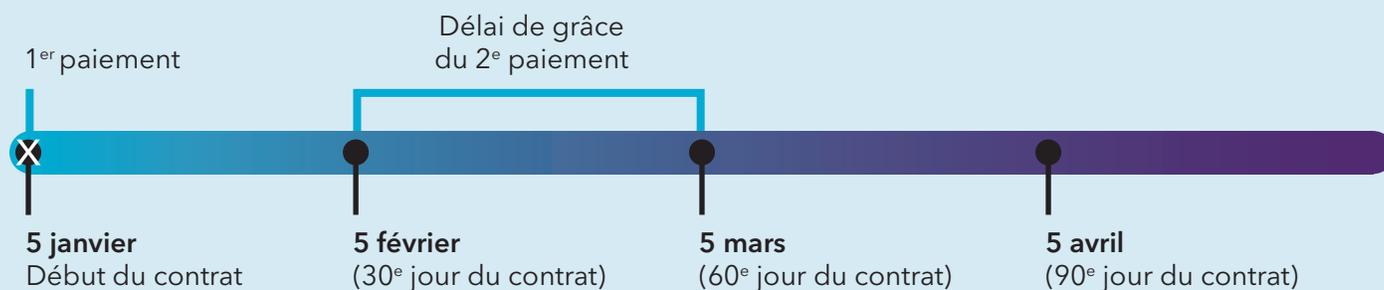
Question 2 - Comment effectuer mes paiements et qu'est-ce qui se passe en cas de retard de paiement ?

« LES MOYENS ET LES DÉLAIS DE PAIEMENT »

- Cette assurance est payable mensuellement (par prélèvement automatique ou par carte de crédit, au choix du titulaire).
- Un paiement n'est réputé effectué que s'il est honoré par votre institution financière.

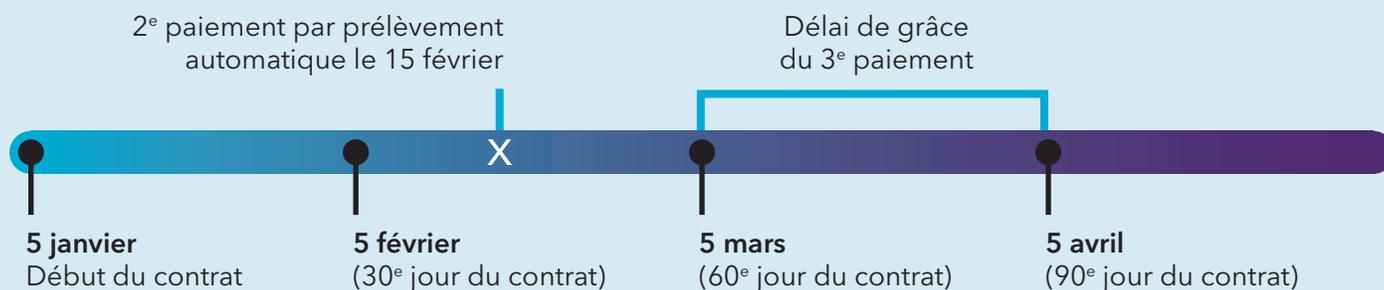
- En cas de retard de paiement, un délai de grâce de trente (30) jours vous est accordé. Cela signifie que vous avez jusqu'à trente (30) jours après la date jusqu'à laquelle votre assurance est payée pour faire votre paiement. Vous serez assuré pendant ces trente (30) jours. Le paiement dû sera déduit de toute indemnité payable par Humania Assurance.
 - Si, après ce délai, le paiement n'est pas effectué, le contrat d'assurance prend fin. Une nouvelle demande d'assurance sera alors nécessaire pour reprendre cette protection.

Le contrat de Martine débute le 5 janvier. Elle fait son premier paiement mensuel à cette date. Ce premier paiement lui permet d'être couverte jusqu'au 5 février. Son délai de grâce s'étend du 5 février au 5 mars. Ainsi, par la suite, son prochain paiement devra être fait avant le 5 mars pour que son contrat reste en vigueur.



Martine décide de mettre en place un prélèvement automatique à son compte bancaire chaque 15^e jour du mois. Son deuxième paiement mensuel est fait le 15 février par prélèvement automatique. Ce paiement lui permet d'être couverte jusqu'au 5 mars. Son délai de grâce s'étend du 5 mars au 5 avril. Son prochain paiement devra donc être fait avant le 5 avril pour que son contrat reste en vigueur.

Si elle ne fait pas son paiement à temps le 5 avril, son contrat prend fin. Martine devra faire une nouvelle demande d'assurance pour reprendre un nouveau contrat. Il se pourrait que son montant de paiement augmente ou qu'elle n'ait plus le droit à l'assurance.



Question 3 - Est-ce que je peux être assuré sur plus d'un contrat d'assurance ?

« LIMITATION EN CAS DE PLUSIEURS CONTRATS HUMANIA ASSURANCE »

Oui, cependant tout assuré ne peut être couvert pour un montant d'assurance total de plus de 75 000 \$ d'Assurance cancer ou maladies graves auprès d'Humania Assurance.

Si, par erreur, la somme des montants d'assurance choisis dépasse ce montant, Humania Assurance paie une indemnité maximale de 75 000 \$, annule les contrats et rembourse la portion des paiements effectués en trop.

Question 4 - Qu'est-ce qui est couvert par ma protection d'Assurance cancer et d'indemnité en cas de décès?

A - « INDEMNITÉ POUR UN CANCER MAJEUR »

Vous recevez 100 % du montant d'assurance si vous souffrez d'un cancer majeur qui n'est pas un des cancers mineurs prévus à la section suivante.

Un cancer majeur est une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains, diagnostiquée par un médecin spécialiste, et confirmée à l'aide d'un test de pathologie. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Votre contrat prend fin après le versement de votre indemnité pour un cancer majeur.

B - « INDEMNITÉ RÉDUITE POUR UN CANCER MINEUR »

L'indemnité versée est de 15 % du montant d'assurance pour les formes de cancers mineurs suivants :

- Lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- Cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- Tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- Leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- Tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Les définitions des cancers mineurs que vous trouvez dans ce contrat ont été établies selon des normes communément acceptées dans le domaine de l'assurance. Si vous avez des questions sur leur signification, parlez-en à votre médecin.

Votre contrat continue après le versement de votre indemnité pour un cancer mineur et vos paiements demeurent les mêmes (voir Question 7- À quel moment mon montant de paiement peut-il changer?). Si vous développez par la suite :

- Un cancer majeur, le reste de votre montant d'assurance (85 %) vous sera versé;
- Un second cancer mineur, aucune indemnité ne vous sera versée.

Martine a choisi d'être assurée pour 50 000 \$. Le médecin spécialiste de Martine lui annonce un diagnostic de cancer de la peau (un mélanome). Heureusement, Martine se fait enlever son cancer de la peau alors qu'il est encore petit et mesure moins d'un (1) millimètre. Elle peut recevoir une indemnité de 15 % de 50 000 \$, ce qui représente 7 500 \$. Par la suite, elle continue d'être couverte par la protection d'ASSURANCE CANCER.

Si un cancer majeur lui est diagnostiqué, elle peut recevoir le restant du montant d'assurance qui n'a pas encore été versé, soit 50 000 \$ moins 7 500 \$, ce qui représente 42 500 \$. Après ce deuxième cancer, son contrat d'assurance prend fin.



C - « INDEMNITÉ EN CAS DE DÉCÈS »

Si vous décédez pendant que votre contrat est toujours en vigueur ou même dans les trente (30) jours d'un diagnostic de cancer, Humania Assurance versera à votre bénéficiaire un montant équivalent à 15 % du montant d'assurance choisi dans la demande d'assurance. En tout temps, la somme de vos indemnités ne peut excéder le montant d'assurance que vous avez choisi.

Question 5 - Quelles sont les exclusions ?

A - « L'EXCLUSION POUR AFFECTION PRÉEXISTANTE »

Si vous souffrez d'une maladie couverte au cours des vingt-quatre (24) mois suivant la date de début de votre contrat, vous devez aviser Humania Assurance de la situation et Humania Assurance analysera votre dossier :

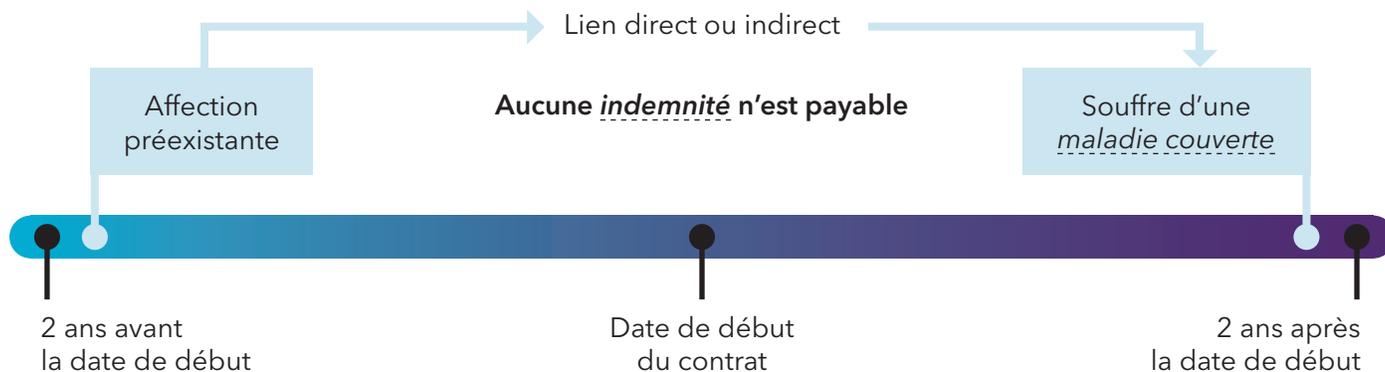
- Si votre maladie couverte ne découle pas d'une affection préexistante, l'indemnité prévue pourra vous être versée ;
- Si votre maladie couverte est attribuable, directement ou indirectement, ou est liée d'une façon ou d'une autre à votre affection préexistante, votre contrat se terminera et tous les paiements que vous avez faits vous seront remboursés.

Qu'est-ce qu'une affection préexistante ?

Affection préexistante : une maladie ou une affection pour laquelle, au cours de la période de vingt-quatre (24) mois précédant la date de début du contrat, l'assuré a :

- Reçu un diagnostic, a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin ou tout autre professionnel de la santé ;
- Reçu le conseil de se faire traiter ou de consulter un médecin ou tout autre professionnel de la santé ;
- Reçu une ordonnance ou pris des médicaments ;
- Montré des signes ou des symptômes, ou a subi des tests ou des examens.

Illustration de l'application d'une exclusion pour une affection préexistante



Jacinthe, l'amie de Martine, a une toux qui ne disparaît pas. Durant les vingt-quatre (24) derniers mois, elle a pris des médicaments et consulté son médecin. Sa toux est une affection préexistante. Jacinthe décide de prendre un contrat d'assurance d'Assurance cancer.

Cas 1 : Si, dans les vingt-quatre (24) premiers mois de la date du début de son contrat, elle souffre d'un cancer du poumon directement ou indirectement relié à ses problèmes de toux, aucune indemnité ne peut être payée. Son contrat prendra fin et elle pourra recevoir le remboursement de ses paiements.

Cas 2 : Cependant, si elle souffre d'un cancer du rein qui n'a aucun lien avec sa toux, elle peut recevoir une indemnité.

Cas 3 : Si, après les vingt-quatre (24) mois suivant la date de début de son contrat, Jacinthe commence à souffrir de n'importe quel type de cancer, elle peut recevoir une indemnité, et ce, que son cancer soit relié ou non à son affection préexistante.



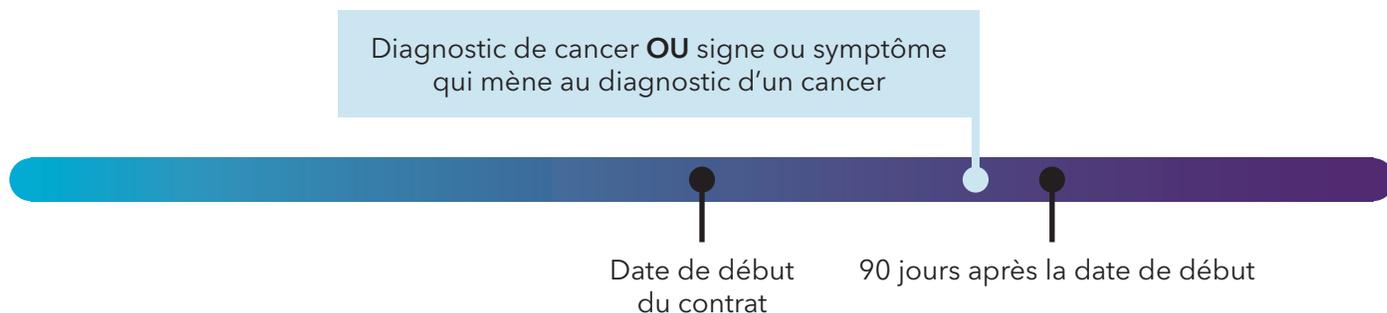
B - « L'EXCLUSION POUR PÉRIODE MORATOIRE APPLICABLE SEULEMENT POUR CANCER »

Aucune indemnité ne sera versée si, au cours des quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de début du contrat :

- L'assuré a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non par ce contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic;
- L'assuré a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non par ce contrat).

Votre contrat se terminera et tous les paiements que vous avez faits vous seront remboursés.

Illustration de l'application d'une exclusion pour période moratoire



C - « LIMITATION POUR LA PÉRIODE DE SURVIE »

Pour recevoir le paiement de l'indemnité, vous devez être toujours vivant trente (30) jours après la date de votre diagnostic, en excluant le nombre de jours pendant lesquels vous êtes maintenu en vie artificiellement.

Si vous décédez avant ce délai, votre bénéficiaire recevra alors l'indemnité en cas de décès décrite à la **Question 4 - Qu'est-ce qui est couvert par ma protection d'Assurance cancer et d'indemnité en cas de décès, C - Indemnité en cas de décès.**

Martine a choisi d'être assurée pour 50 000 \$. Le médecin spécialiste de Martine lui annonce un diagnostic de cancer généralisé. Malheureusement, le cancer de Martine est fulgurant et elle décède cinq (5) jours plus tard. Son bénéficiaire désigné peut recevoir une indemnité de 15 % de 50 000 \$, ce qui représente 7 500 \$, mais il ne peut réclamer le plein montant de 50 000 \$ pour le diagnostic reçu.



D - « AUTRE EXCLUSION QUI CONCERNE L'INDEMNITÉ DE DÉCÈS »

Aucune indemnité de décès n'est payable lorsque le décès résulte d'un suicide dans les deux (2) premières années du contrat, que l'assuré soit sain d'esprit ou non.

Votre contrat se terminera et tous les paiements que vous avez faits vous seront remboursés.

Question 6 - Quelle est la durée de protection de mon contrat ?

« LA DURÉE »

En tant qu'assuré, vous êtes protégé jusqu'à l'anniversaire du contrat suivant votre quatre-vingt-dixième (90^e) anniversaire de naissance, tant que vous faites vos paiements. Le contrat se renouvelle automatiquement tous les dix (10) ans.

Martine a acheté une Assurance cancer quand elle avait 56 ans. Si elle fait toujours ses paiements mensuels à temps, son contrat pourra se terminer à l'anniversaire de contrat suivant son 90^e anniversaire. Elle fêtera ses 90 ans le 17 juillet 2054. Si son contrat a débuté un 10 octobre, son contrat prendra fin le 10 octobre 2054.



Question 7 - À quel moment mon montant de paiement peut-il changer ?

« LA GARANTIE »

- Votre montant de paiement sera le même tout au long des dix (10) premières années de votre contrat.
- Par la suite, à chaque période de dix (10) ans, le montant de votre paiement est ajusté pour refléter l'âge de l'assuré ainsi que les taux applicables à ce moment.
- L'état de santé n'a aucun impact sur le nouveau montant de paiement.

François a 60 ans et souffre de graves problèmes de santé. Il a choisi un montant d'assurance de 10 000 \$ à l'âge de 53 ans alors qu'il était en pleine santé. Il verse actuellement un paiement de 20 \$ chaque mois. Lorsqu'il atteindra 63 ans, son nouveau paiement mensuel sera de 32 \$. Même s'il a maintenant de graves problèmes de santé, cela n'a aucun impact sur l'augmentation de ses paiements. Il n'a qu'à effectuer ses paiements et il continuera à être couvert.



Question 8 - À quel moment se termine mon contrat ?

« FIN DU CONTRAT »

- Votre contrat d'assurance prend fin à la première des dates suivantes :
 - La date de réception par l'assureur d'une demande écrite d'annulation de la part du titulaire;
 - La date à laquelle une exclusion met fin au contrat, comme spécifié à la **Question 5 - Quelles sont les exclusions ?**;
 - La date d'expiration du délai de grâce du paiement, comme spécifié à la **Question 2 - Comment effectuer mes paiements et qu'est-ce qui se passe en cas de retard de paiement**;

- La date à laquelle l'indemnité maximale est versée, comme spécifié à la **Question 3 - Est-ce que je peux être assuré sur plus d'un contrat d'assurance** et à la **Question 1 - Quel est le montant d'assurance que je peux choisir** ;
- La date du décès de l'assuré ;
- L'anniversaire de contrat suivant le 90^e anniversaire de l'assuré.

François est le titulaire d'un contrat Assurance cancer pour un montant d'assurance de 10 000 \$. François décide d'annuler son contrat et envoie à Humania Assurance une demande écrite pour mettre fin à son contrat. Son contrat prendra fin à la date de réception de sa demande écrite par Humania Assurance.



Question 9 - Qui fait quoi ?

« L'ASSURÉ, LE TITULAIRE ET LE BÉNÉFICIAIRE »

- L'assuré est la personne dont l'état de santé sera évalué à l'occasion d'une demande d'indemnité.
- Le titulaire est le propriétaire du contrat d'assurance. Il a le droit de changer le bénéficiaire, la méthode de paiement et d'annuler le contrat.
- Le bénéficiaire est celui qui reçoit l'indemnité.
- *Vous* pouvez consulter votre demande d'assurance pour savoir qui est l'assuré, le titulaire et le bénéficiaire. Veuillez noter que le bénéficiaire ou le titulaire peut changer si le titulaire envoie à Humania Assurance le formulaire prévu à cet effet.

Une personne peut être à la fois le titulaire, l'assuré et le bénéficiaire. Par exemple, si Martine s'assure elle-même avec Assurance cancer, elle sera l'assurée, le titulaire et le bénéficiaire en même temps. Elle peut recevoir une indemnité si elle est atteinte de cancer. Puisqu'elle est la titulaire du contrat d'assurance, elle peut aussi décider de nommer son conjoint bénéficiaire ou d'annuler son contrat.



Question 10 - Comment réclamer une indemnité?

« FAIRE UNE RÉCLAMATION »

Toute réclamation doit être faite par écrit.

- Vous retrouverez les formulaires sur le site Internet d'Humania Assurance (www.humania.ca) :
 - Qui doivent être remplis par vous :
 - La demande de règlement;
 - L'autorisation pour divulgation standard;
 - L'autorisation spécifique à votre province de résidence si votre contrat a été acheté il y a moins de deux ans;
 - Qui doivent être remplis par votre médecin :
 - La déclaration du médecin, spécifique à la maladie couverte;
 - Une copie du rapport de pathologie
- Vous pouvez toujours contacter le service à la clientèle au 1 800 773-8404 pour obtenir de l'aide.

Assurez-vous que vos formulaires soient le plus complets possible pour accélérer le traitement de votre demande. Veuillez noter que vous devrez assumer les frais pour obtenir ces informations.

Afin d'évaluer au mieux votre réclamation, Humania Assurance pourrait également demander :

- Une revue de votre dossier médical :
 - Au médecin-conseil consultant pour Humania Assurance;
 - À un médecin spécialiste externe;
- Une évaluation médicale de l'assuré;
- Une copie de vos dossiers médicaux pour les cinq (5) dernières années.

Si tel est le cas, une pleine collaboration vous est demandée, afin que le traitement de votre demande puisse se poursuivre dans les meilleurs délais.

Section A

Option complète assurance maladies graves

Note : Tout le reste de votre contrat s'applique à votre protection d'assurance maladies graves.

Question 11 - Qu'est-ce qui est couvert par ma protection d'assurance maladies graves ?

« INDEMNITÉ POUR MALADIES GRAVES »

Vous recevez **100 % de votre montant d'assurance** si vous souffrez d'une des cinq (5) maladies graves couvertes.

Votre contrat prend fin après le versement de votre indemnité pour une maladie grave.

Les cinq (5) maladies graves décrites ci-après sont les maladies couvertes :



Accident vasculaire cérébral (AVC)

Le diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques,
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de trente (30) jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un médecin spécialiste.

EXCLUSIONS

- SAUF un accident ischémique transitoire ;
- SAUF un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ;
- SAUF un infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.



Pontage aortocoronarien

Une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un médecin spécialiste.

EXCLUSIONS

- SAUF une angioplastie, une intervention chirurgicale intraartérielle ou transcathéter percutanée, ou une intervention non chirurgicale.



Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Le diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne :

- L'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées avec au moins une des manifestations suivantes :
 - Symptômes de crise cardiaque ;
 - Changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque ;
 - Apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un médecin spécialiste.

EXCLUSIONS

- SAUF une augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q ;
- SAUF des changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.



Paralysie

Le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux (2) membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un médecin spécialiste.



Coma

Le diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins quatre-vingt-seize (96) heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un médecin spécialiste.

EXCLUSIONS

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

Martine a choisi d'être assurée pour 50 000 \$.

Exemple 1 : Un cas d'angioplastie et de pontage aortocoronarien

Martine a une maladie du cœur. Son médecin lui a recommandé de faire une angioplastie. L'angioplastie lui permet de débloquent son artère à l'aide d'un ballonnet gonflable, et d'installer un stent pour maintenir son artère ouverte. Cette angioplastie n'est pas une maladie couverte par son contrat. Martine ne peut donc pas recevoir une indemnité pour son angioplastie.

Martine continue de faire ses paiements mensuels. Malheureusement, l'angioplastie ne lui permet pas de dégager son artère suffisamment. Son médecin lui recommande alors un pontage aortocoronarien. Si Martine subit ce pontage aortocoronarien, elle pourra alors recevoir son indemnité de 100 % de son montant d'assurance, ce qui représente 50 000 \$. Son contrat d'assurance prendra fin.

Exemple 2 : Un cas de cancer mineur et une crise cardiaque

Martine choisit d'ajouter l'Option complète assurance maladies graves à son contrat d'Assurance cancer. Plusieurs années plus tard, Martine souffre d'un cancer du sein qui est de type « carcinome in situ ». Il s'agit d'un cancer mineur qui lui permet de recevoir 15 % de son montant d'assurance, ce qui représente 7 500 \$.

Martine continue de faire ses paiements mensuels. Par la suite, elle souffre d'une crise cardiaque. Martine recevra donc 85 % de son montant d'assurance, ce qui représente 42 500 \$. Son contrat d'assurance prendra fin.



Question 12 - Quelles sont les limitations et les exclusions pour les maladies graves ?

« LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS »

- L'indemnité n'est payable que s'il s'agit de la première manifestation d'une maladie grave, comme défini au contrat.
- Les exclusions et les limitations contenues dans le reste de votre contrat s'appliquent aussi à votre protection Option complète assurance maladies graves. Vous les retrouverez aux endroits suivants de la Section A - Assurance cancer et indemnité en cas de décès :
 - **Question 3 - Est-ce que je peux être assuré sur plus d'un contrat d'assurance ?**
« Limitation en cas de plusieurs contrats Humania Assurance »

o **Question 5 - Quelles sont les exclusions ?**

- A. « L'exclusion pour affection préexistante »
- C. « Limitation pour période de survie »

« **AUTRES EXCLUSIONS QUI CONCERNENT LES MALADIES GRAVES** »

De plus, aucune indemnité de maladies graves n'est payable lorsqu'elle résulte :

- D'un état de santé qui ne répond pas à la définition de la maladie grave en question, comme défini à la **Question 11 - Qu'est-ce qui est couvert par ma protection d'assurance maladies graves ;**
- Directement ou indirectement d'une maladie diagnostiquée, de signes ou de symptômes - connus ou en investigation - non déclarés avant la date de début du contrat ;
- D'une tentative de suicide, d'une blessure ou d'une mutilation que l'assuré s'est infligées 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 la drogue (incluant la marijuana) ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale ;
- 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.

Question 13 - À quel moment se termine la protection Option complète assurance maladies graves ou le contrat Assurance cancer ?

« **FIN DE LA PROTECTION OPTION COMPLÈTE ASSURANCE MALADIES GRAVES OU DU CONTRAT ASSURANCE CANCER** »

- La protection Option complète assurance maladies graves se termine :
 - o À la date de réception d'une demande écrite d'annulation de la part du titulaire ;
 - o En même temps que le contrat d'Assurance cancer, conformément à la **Question 8 - À quel moment se termine le contrat.**
- Le contrat d'Assurance cancer se termine :
 - o À la date où une indemnité est versée en vertu de la protection Option complète pour maladies graves.

Pendant qu'elle bénéficie de la protection Option complète assurance maladies graves, Martine subit une chirurgie de pontage aortocoronarien. Elle peut recevoir le montant d'assurance qu'elle a choisi quand elle a pris son contrat, soit 50 000 \$.

Son contrat d'Assurance cancer prend donc fin avec le versement de cette indemnité.



Section B

Les définitions

Les termes en *italique* présents dans ce contrat se définissent de la façon suivante :

Assuré

L'*assuré* est la personne dont l'état de santé sera évalué à l'occasion d'une demande d'*indemnité*. Il s'agit de la personne désignée comme telle dans la demande d'assurance.

Bénéficiaire

Le *bénéficiaire* est celui qui reçoit l'*indemnité*. Si aucun *bénéficiaire* n'est nommé, le *bénéficiaire* est :

- l'*assuré* ;
- le *titulaire*, si l'*assuré* est âgé de moins de dix-huit (18) ans.

Cancer majeur

Tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains, diagnostiquée par un *médecin spécialiste* et confirmée à l'aide d'un *test de pathologie*.

Cancer mineur

Les formes de cancer suivantes :

- Lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (*T_{is}*) ou tumeurs au stade *T_a* ;
- Cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases ;
- Tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- Cancer de la prostate au stade *T_{1a}* ou *T_{1b}*, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade *T₁*, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- Leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de *Rai* ;
- Tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au *stade 2 selon la classification de l'AJCC*.

Humania Assurance ou l'Assureur

Humania Assurance inc., ayant son siège social au 1555, rue Girouard Ouest, C. P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8.

Indemnité

Le montant qui *vous* est payable pour une protection à *votre* contrat.

Maladie couverte

Maladie qui apparaît au sommaire des protections.

Médecin

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

Médecin spécialiste

Médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en lien avec la maladie couverte pour laquelle l'indemnité est demandée.

Non-fumeur

La personne qui n'a pas fait usage de tabac, sous quelque forme que ce soit, y compris les succédanés de nicotine, produits de nicotine, marijuana ou haschisch au cours des douze (12) mois précédant l'envoi de la demande d'assurance.

Paiement

Les montants que vous payez à Humania Assurance pour garder vos protections d'assurance.

Rai

La classification de Rai s'applique comme l'indique la publication *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia* (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, *Blood* 46:219, 1975).

Stade 2 selon la classification de l'AJCC, Tis, Ta, T1a, T1b ou T1

Ces termes s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Test de pathologie

Résultat d'examen qui révèle le type et les caractéristiques des cellules présentes et qui précise si celles-ci sont normales, anormales mais non cancéreuses, ou cancéreuses. Le test de pathologie est signé par un pathologiste.

Titulaire

Le titulaire est le propriétaire du contrat d'assurance. Il a le droit de changer le bénéficiaire, la méthode de paiement et d'annuler le contrat. Il s'agit de la personne désignée comme telle dans la demande d'assurance ou dans tout autre document écrit soumis subséquemment à l'Assureur.

Vous, Votre

Réfère à l'assuré, au titulaire ou au bénéficiaire, selon le contexte. Pour plus de détails sur chacun de ces rôles, veuillez vous référer à la **Question 9 - Qui fait quoi**.

Section C

Les conditions légales

Un contrat d'assurance est hautement réglementé. Pour protéger la clientèle, la plupart des provinces et des territoires obligent les assureurs à avoir des clauses spécifiques qui doivent être présentes telles quelles dans tout contrat d'assurance. Voici ces clauses obligatoires :

Le contrat

Les sections A à D de ce contrat, votre demande d'assurance, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après l'établissement du contrat d'assurance constituent le contrat indivisible. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

L'assureur est tenu de fournir, sur demande, au titulaire ou à l'auteur d'une demande de règlement en vertu du contrat une copie de la demande d'assurance.

Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par l'assuré lors de la demande d'assurance relative au présent contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une réclamation en vertu du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la demande d'assurance ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données comme preuve d'assurabilité.

Avis et preuve de sinistre

L'assuré, le titulaire ou un bénéficiaire ayant le droit de présenter une demande de règlement, ou l'agent de l'un d'eux, est tenu :

- a) De donner un avis écrit de la demande de règlement à l'assureur :
 - (i) soit en le remettant ou en l'envoyant par courrier recommandé au siège social ou à l'agence principale de l'assureur dans la province,
 - (ii) soit en le remettant à un agent autorisé de l'assureur dans la province,au plus tard trente (30) jours après la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un accident ou d'une maladie ;
- b) Dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'un accident ou d'une maladie, de fournir à l'assureur les preuves qui peuvent raisonnablement être fournies, compte tenu des circonstances, de la survenance de l'accident ou du commencement de la maladie et des pertes qui en résultent, du droit de l'auteur de la demande de recevoir un paiement, de son âge et de l'âge du bénéficiaire, s'il y a lieu ;
- c) Si l'assureur l'exige, de fournir un certificat établissant de façon satisfaisante la cause ou la nature de l'accident ou de la maladie qui peut faire l'objet d'une demande de règlement en vertu du contrat, ainsi que la durée de la maladie.

Absence d'avis ou de preuve

Le fait de ne pas donner un avis du sinistre ou de ne pas en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si l'une ou l'autre des conditions suivantes est remplie :

- a) L'avis est donné ou la preuve fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'une année après la date de l'accident ou la date à laquelle une demande de règlement prend naissance en vertu du contrat à la suite d'une maladie, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner l'avis ou de fournir la preuve dans le délai prescrit ;

- b) En cas de décès de la personne assurée, s'il faut une déclaration de présomption de décès, l'avis est donné ou la preuve est fournie au plus tard un an après la date à laquelle le tribunal statue par voie de déclaration.

Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de réclamation

L'assureur fournit des formulaires de réclamation à tout titulaire ou auteur d'une demande de règlement qui en fait la demande. Toutefois, lorsque l'auteur de la réclamation n'a pas reçu les formules dans les quinze (15) jours, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident ou de la maladie donnant lieu à la réclamation et l'étendue du sinistre.

Droit d'examen

Comme condition préalable au recouvrement des sommes assurées aux termes du présent contrat :

- a) L'auteur de la réclamation est tenu d'offrir à l'assureur la possibilité de faire subir à la personne assurée un examen à la date et aussi souvent qu'il est raisonnable, tant que le règlement est en suspens ;
- b) En cas de décès de la personne assurée, l'assureur peut exiger une autopsie sous réserve des lois du ressort compétent.

Réclamations

Toute indemnité versée en vertu de ce contrat est payée par l'assureur, dans les soixante (60) jours suivant la réception de tout document ou renseignement requis par lui.

Prescription

Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par le délai indiqué dans la *Loi sur la prescription des actions* ou toute autre loi applicable.

Section D

Les conditions générales

Date de début du contrat

Ce contrat d'assurance entre en vigueur à la date de début de votre contrat qui est indiquée dans le Sommaire des protections, pourvu que le premier paiement ait été effectué.

Délai de grâce

Il n'y a pas de délai de grâce pour le premier paiement, puisque celui-ci doit être effectué pour que le contrat d'assurance entre en vigueur. Si Humania Assurance ne reçoit pas le premier paiement comme prévu, le présent contrat sera considéré n'avoir jamais été émis.

Un délai de grâce de trente (30) jours est accordé pour les autres paiements. Lorsque le paiement n'a pas été effectué après ce délai, le contrat n'est plus en vigueur et se termine sans aucune valeur.

Si vous recevez un diagnostic d'une maladie couverte pendant le délai de grâce, tout paiement dû sera déduit de toute indemnité versée par Humania Assurance.

Participation et valeur de rachat

Le titulaire n'est pas admissible à recevoir des participations ni une valeur de rachat sur ce contrat d'assurance.

Divulgateion

L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire sont tenus de coopérer pleinement avec Humania Assurance et doivent divulguer à Humania Assurance dans la demande d'assurance et dans une déclaration écrite ou une réponse donnée à titre de preuve d'assurabilité, dans la réclamation et lors d'un diagnostic d'une maladie couverte, tous les faits dont ils ont connaissance et qui sont essentiels à l'assurance et ne sont pas déclarés par l'autre.

L'assuré, le titulaire et le bénéficiaire doivent également signer tout formulaire ou autre document permettant à Humania Assurance d'obtenir tout renseignement pertinent.

Sous réserve des articles ayant trait à l'incontestabilité et à l'âge, l'omission de divulguer un fait dans la demande d'assurance et dans une déclaration écrite ou une réponse donnée à titre de preuve d'assurabilité rend le contrat annulable par l'assureur, tout comme une déclaration inexacte.

Incontestabilité

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

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la demande de réclamation pour une maladie couverte diagnostiquée avant que le contrat ait été en vigueur durant deux (2) ans relativement à la personne pour laquelle la demande de réclamation est effectuée.

Renonciation

Humania Assurance est réputée n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par Humania Assurance.

Changement de bénéficiaire

Sous réserve de ce qui est prévu par la loi, le titulaire peut en tout temps désigner un bénéficiaire, le changer ou le révoquer. Humania Assurance reconnaît seulement les changements s'ils lui sont notifiés par écrit. L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de la désignation du bénéficiaire.

Paiement d'une indemnité au bénéficiaire

Toute indemnité est payée au bénéficiaire, à moins d'un avis contraire soumis par écrit à Humania Assurance.

Diagnostic au Canada

Le diagnostic d'une maladie couverte 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 réclamation.

Diagnostic à l'extérieur du Canada

Lorsque le diagnostic d'une maladie couverte est posé à l'extérieur du Canada par un médecin spécialiste exerçant dans une juridiction jugée acceptable par l'assureur, l'indemnité sera 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 couverte avait été diagnostiquée par un médecin spécialiste dûment autorisé et exerçant au Canada ;
 - ii) le même traitement aurait été prescrit en conformité avec les normes canadiennes ;
 - iii) le même traitement, incluant l'intervention chirurgicale requise, si applicable, aurait été prescrit si le traitement avait été prodigué au Canada.

Remboursement

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

Monnaie légale

Tout paiement, en vertu des dispositions de ce contrat, est effectué en monnaie légale du Canada.

Droit de changer d'avis

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

Conformité avec la loi

Toute disposition du contrat qui, à la date de début du contrat, n'est pas conforme aux lois de la province où le contrat a été établi est modifiée de façon à répondre aux exigences minimales de ces lois.