



HUGO
Un saut vers l'assurance intelligente

ASSURANCE VIE

GUIDE DE L'ASSURÉ

 **HUMANIA**
ASSURANCE^{MD}

TABLE DES MATIÈRES

HuGO Vie	3
Fiche technique	3
Admissibilité et caractéristiques du contrat	4
Garantie de décès et de mutilation à la suite d'un accident	6
Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale de l'assuré	7
Exclusions générales	8
HuGO Maladies graves	9
Fiche technique	9
Admissibilité et caractéristiques du contrat	10
Liste et définitions des 25 maladies couvertes	11
Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale de l'assuré	14
Programme d'assistance Réseau Best Doctors	15
Dispositions particulières de l'assurance maladies graves	16
Exclusions générales	17
HuGO Dettes	18
Fiche technique	18
Admissibilité et caractéristiques du contrat	19
Établissement du montant assurable et des indemnités payables	21
Exclusions applicables à HuGO Dettes	22
Description des classes de risques	23
Modifications autorisées après l'émission de la police	24

FICHE TECHNIQUE HUGO VIE

PRODUIT D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Indemnités offertes	Minimum 50 000 \$, maximum 5 000 000 \$.
Limite d'âge à la souscription	Disponible pour les personnes âgées de 18 à 70 ans inclusivement (varie selon le terme). Âge au plus proche anniversaire
Durée de contrat	<ul style="list-style-type: none">• Temporaire 10, 15, 20, 25, 30 ans selon l'option choisie par le titulaire de police• Temporaire fixe à 80 ans• Temporaire à 100 ans (transformation)
Renouvellement	Garanti jusqu'à 80 ans. Deux options de renouvellement : <ul style="list-style-type: none">• Platine• Or
Transformation	Droit de transformation jusqu'à 65 ans, pour le temporaire 10, 15, 20, 25, 30 et 80.
Droit d'échange	Offert à compter du premier anniversaire et avant le cinquième anniversaire de la protection.
Type de contrat	Prime garantie et protection non résiliable : les primes ne sont pas sujettes aux ajustements dus à l'expérience.
Bénéficiaire	Au choix du titulaire.
Avenants (option)	<ul style="list-style-type: none">• Garantie de décès et de mutilation à la suite d'un accident• Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale de l'assuré
Exclusions et restrictions	Il n'y a pas de condition préexistante Veuillez consulter le spécimen de la police pour le texte complet.

OFFRE PROMOTIONNELLE

Pour les cas émis sans exclusion ni surprime avec un minimum de 100 000 \$ en assurance vie

HUGO Maladies graves	<ul style="list-style-type: none">• Assurance maladies graves temporaire 25 000 \$• 25 maladies graves couvertes incluant le service Réseau Best Doctors <p>Veuillez consulter la fiche technique pour le détail complet.</p>
HUGO Dettes	<ul style="list-style-type: none">• 400 \$ à 1500 \$ de prestations mensuelles de dettes, délai de carence de 90 jours, durée des prestations 2 ans• Inclus : Hospitalisation et chirurgie 1^{er} jour, exonération, invalidité partielle 6 mois et indemnité rétroactive• Prime en fonction de la profession<ul style="list-style-type: none">- Étudiant à temps plein : 2A- Sans emploi B (18 à 59 ans)- Classe X = B <p>Veuillez consulter la fiche technique pour le détail complet.</p>

ASSURANCE VIE TEMPORAIRE RENOUVELABLE JUSQU'À 80 ANS, TRANSFORMABLE JUSQU'À 65 ANS.

ADMISSIBILITÉ ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Capital minimum : 50 000 \$

Capital maximum : 5 000 000 \$

Définition de l'âge : au plus proche anniversaire

Âge de terminaison : anniversaire de police suivant la date où l'assuré atteint 80 ans.

Prime minimum :

12 \$ incluant les frais de police (si souscrit seul);

Garanties disponibles et âge à l'émission :

Assurance Vie temporaire renouvelable	Âge à l'émission
10 ans	18 - 69 ans
15 ans	18 - 64 ans
20 ans	18 - 59 ans
25 ans	18 - 54 ans
30 ans	18 - 49 ans
80 ans	18 - 70 ans
100 ans	18 - 70 ans Conçu pour la transformation

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

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

Bénéficiaire : au choix du titulaire

Renouvelable : jusqu'à 80 ans

Transformable : jusqu'à 65 ans

Droit d'échange : jusqu'à 65 ans

Droit de transformation

Tant que la garantie d'assurance vie de la police est en vigueur et avant l'anniversaire de police suivant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré, le titulaire peut transformer ladite garantie sur la tête de l'assuré, sans preuve d'assurabilité, en une nouvelle police d'assurance vie entière sans participation à prime nivelée, désignée par l'Assureur à cette date. L'indemnité transformée ne peut excéder l'indemnité indiquée au sommaire des garanties de la police.

Droit d'échange

Entre le premier (1^{er}) et le cinquième (5^e) anniversaire de la date d'effet de la présente garantie d'assurance vie temporaire, le titulaire peut échanger sur la tête de l'assuré en totalité ou en partie, sans preuve d'assurabilité, la présente garantie pour une nouvelle garantie d'assurance vie temporaire, dont la durée du terme sera supérieure à celle choisie lors de la demande initiale d'assurance. Ce droit d'échange ne peut être exercé qu'une seule fois au cours des cinq (5) premières années, à la condition que la présente garantie d'assurance vie soit en vigueur au moment de la demande et selon les conditions décrites au paragraphe « Conditions du droit d'échange et du droit de transformation ».

Conditions du droit d'échange et du droit de transformation

L'indemnité d'assurance vie ne peut pas excéder l'indemnité indiquée au sommaire des garanties de la police.

La nouvelle prime sera déterminée en fonction :

- de l'âge atteint par l'assuré à son plus proche anniversaire;
- des taux de primes en vigueur à la date de l'échange ou de la transformation; et
- de la classe de risques de la présente garantie.

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

Des preuves d'assurabilité satisfaisantes seront exigées pour l'ajout de toute garantie complémentaire.

Toute demande de transformation ou de droit d'échange doit être accompagnée du paiement de la première prime.

Si, au moment du droit d'échange ou du droit de transformation, la présente garantie comportait la garantie d'exonération des primes ou DMA, alors la nouvelle police comportera également une garantie d'exonération des primes pourvu que l'assuré ne bénéficie pas de l'exonération des primes au moment de l'exercice du droit d'échange ou de transformation.

Restriction

Si le droit d'échange ou le droit de transformation se produit pendant que les primes sont exonérées, la nouvelle police ne comportera pas la garantie d'exonération des primes et le titulaire devra acquitter les primes.

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de cette police, cette garantie d'assurance vie temporaire prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de réception par l'Assureur d'une demande écrite du titulaire d'annuler la garantie d'assurance vie temporaire, ou à la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'Assureur;
- la date à laquelle le droit d'échange est totalement exercé;
- la date à laquelle la garantie est transformée en totalité;
- la date de terminaison de la garantie, comme indiqué au sommaire des garanties de la police;
- au décès de l'assuré;
- la date d'expiration du délai de grâce du paiement de la prime.



Avenants disponibles pour HuGO Vie

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

Indemnités

Décès accidentel

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

Mutilation

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

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

Définitions

Mutilation ou perte d'usage totale :

- de la main ou du pied : amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville ou plus haut; s'il n'y a pas d'amputation, perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied;
- de la parole : diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste;
- de l'œil : perte totale et irréversible de la vue d'un (1) œil (acuité visuelle de vingt sur deux cents [20/200] ou moins, ou champ de vision de moins de vingt [20] degrés);
- de l'ouïe : perte totale et irréversible de l'ouïe des deux (2) oreilles, avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus dans un seuil de parole de 500 à 3 000 cycles par seconde, confirmée par un oto-rhino-laryngologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la médecine et exerçant sa profession au Canada;
- d'un (1) doigt et d'un (1) orteil : amputation complète d'au moins deux (2) phalanges du même doigt ou du même orteil.

Restrictions

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

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

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

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

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

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

Fin de la garantie

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

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

Dispositions générales

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

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

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

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

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

Délai d'attente : 6 mois consécutifs.

Indemnités

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

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

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

Fin de la garantie

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

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

Dispositions générales

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

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

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Aucune indemnité de décès n'est payable durant les deux (2) premières années de la date d'effet de la garantie ou de la remise en vigueur de la police, advenant le suicide de l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non. Les exclusions suivantes s'appliquent lorsque la **garantie d'exonération des primes** ou la garantie de **décès et mutilation à la suite d'un accident** sont présentes au contrat.

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

- d'une tentative de suicide, de blessure ou de mutilation que l'assuré s'est 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'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 voyage aérien, sauf si l'assuré est passager d'un aéronef utilisé par un transporteur public;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une chirurgie élective, 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'**exonération des primes** 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.



Offre promotionnelle d'assurance maladies graves 25 000 \$ - 25 conditions

Si l'assurance vie de 100 000 \$ et plus est acceptée sans exclusion ni surprime, recevez automatiquement, sans question additionnelle, une offre pour HuGO Maladies graves et HuGO Dettes.

À la suite d'un diagnostic d'une des 25 maladies graves couvertes, Humania Assurance verse la somme forfaitaire de 25 000 \$.

FICHE TECHNIQUE HUGO MALADIES GRAVES

Indemnités offertes	25 000 \$
Limite d'âge à la souscription	Disponible pour les personnes âgées de 18 à 59 ans inclusivement (varie selon le terme). Âge au plus proche anniversaire
Durée de contrat	<ul style="list-style-type: none">• Temporaire 10, 15, 20, 25, 30 ans (même terme que l'assurance vie ou T75 si non disponible)• Temporaire fixe à 75 ans (terme offert si T80 ou T100 d'assurance vie)
Renouvellement	Garanti jusqu'à 75 ans
Transformation	Droit de transformation jusqu'à 60 ans
Type de contrat	Prime garantie et protection non résiliable : les primes ne sont pas sujettes aux ajustements dus à l'expérience.
Maladies couvertes	25 maladies couvertes (cancer non critique : indemnité forfaitaire de 2 500 \$)
Période de survie	30 jours (Voir définitions des maladies graves couvertes)
Période moratoire	90 jours
Bénéficiaire	Au choix du titulaire.
Avenant	<ul style="list-style-type: none">• Garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité totale de l'assuré (si souscrit en assurance vie)
Exclusions et restrictions	Il n'y a pas de condition préexistante Veuillez consulter le spécimen de la police pour le texte complet.

ADMISSIBILITÉ ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Garanties disponibles :

Assurance Maladies Graves temporaire renouvelable	Âge d'émission
10 ans	18 - 59 ans
15 ans	18 - 59 ans
20 ans	18 - 54 ans
25 ans	18 - 49 ans
30 ans	18 - 44 ans
75 ans	18 - 59 ans

Conditions d'admissibilité : l'assuré doit avoir été accepté sans exclusion ni surprime en assurance vie pour bénéficier d'une protection temporaire en maladies graves.

Capital : 25 000 \$

Définition de l'âge : âge atteint au dernier anniversaire de l'assuré

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

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

Transformable : jusqu'à 60 ans

Droit de transformation

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

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

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

Restriction

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

Fin de la garantie

En plus des spécifications inscrites aux dispositions générales de cette police, cette garantie d'assurance maladies graves temporaire prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de réception par l'Assureur d'une demande écrite du titulaire d'annuler la garantie d'assurance maladies graves temporaire, ou à la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception par l'Assureur ;
- la date à laquelle la garantie est transformée en totalité ;
- la date de terminaison de la garantie, comme indiqué au sommaire des garanties de la police ;
- au décès de l'assuré ;
- la date d'expiration du délai de grâce du paiement de la prime.

LISTE DES MALADIES GRAVES COUVERTES PAR LA GARANTIE

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

LISTE ET DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES   LA GARANTIE

LA PROTECTION 25 MALADIES

La protection 25 maladies couvre votre client pour les maladies suivantes :

AVC (accident vasculaire cérébral) est défini comme :

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

Cancer est défini comme :

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

Prestation payable en cas de diagnostic de cancer non critique

Le montant de l'indemniti  payable pour un cancer non critique correspond à 10 % du capital assuré, soit 2500 \$.

Définition d'un cancer non critique :

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

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

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

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

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

Crise cardiaque (infarctus du myocarde) est définie comme :

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

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

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

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

Chirurgie coronarienne (pontage aortocoronarien) est définie comme :

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

Autisme est défini comme :

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

Brûlures sont définies comme :

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

Cécité est définie comme :

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

Chirurgie de l'aorte est définie comme :

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

Coma est défini comme :

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

Exclusions :

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

Fibrose kystique est définie comme :

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

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

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

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

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

Insuffisance rénale est définie comme :

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

Maladie d'Alzheimer est définie comme :

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

Maladie de Parkinson est définie comme :

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

Maladie du motoneurone est définie comme :

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

Paralysie est définie comme :

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

Perte d'autonomie est définie comme :

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

La **déficience cognitive** se définit comme :

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

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

Perte de la parole est définie comme :

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

Perte de membres est définie comme :

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

Remplacement des valves du cœur est défini comme :

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

Sclérose en plaques est définie comme :

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

Surdité est définie comme :

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

Transplantation d'un organe vital est définie comme :

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

Tumeur cérébrale bénigne est définie comme :

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

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

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

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

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

VIH professionnel est défini comme :

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

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

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

Aucune prestation ne sera payable si :

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

GARANTIE D'EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE DE L'ASSURÉ (CET AVENANT EST INCLUS S'IL A ÉTÉ SOUSCRIT AVEC HUGO VIE)

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

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

Délai d'attente : 6 mois consécutifs;

Indemnités

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

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

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

Fin de la garantie

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

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

Dispositions générales

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

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

PROGRAMMES D'ASSISTANCE RÉSEAU BEST DOCTORS

Humania Assurance offre, sans frais, l'accès aux services intégrés de Réseau Best Doctors, compagnie de renommée mondiale, lors du diagnostic d'un problème de santé, qu'il soit simple ou complexe. **Ces services sont également accessibles à tous les membres de votre famille immédiate !**

Quatre niveaux de services sont offerts :

INTERCONSULTATION^{MC}

Un service qui offre, à l'assuré et à son médecin, l'accès à d'excellentes recommandations pertinentes, d'experts du monde entier sans avoir à se déplacer. Des spécialistes de renommée mondiale étudient le dossier médical et fournissent une opinion concernant le diagnostic de la maladie ainsi qu'une recommandation du meilleur plan de traitements. Le rapport médical d'InterConsultation transmis rapidement peut réduire les complications potentiellement graves découlant d'un diagnostic erroné. L'InterConsultation aidera le médecin traitant à mettre en place un plan d'action approprié.

LEBONSPECIALISTE^{MC}

Vous cherchez un spécialiste ? Le Réseau Best Doctors peut le faire à votre place. Le service tiendra compte de vos antécédents médicaux personnels et de votre situation géographique et vous mettra en contact avec le médecin le mieux qualifié pour répondre à vos besoins. Réseau Best Doctors vous aidera à trouver un spécialiste tel qu'un interniste, un cardiologue ou un neurologue, pour n'en nommer que quelques-uns.

SOINSHORSCANADA^{MC}

Si votre état de santé requiert le traitement d'un spécialiste exerçant à l'extérieur du Canada, nous pouvons vous aider grâce au service SoinsHorsCanada. Le Réseau Best Doctors dispose d'une base de données mondiale qui regroupe plus de 53 000 médecins dans plus de 450 spécialités et sous-spécialités, et trouvera les experts les mieux qualifiés pour répondre à vos besoins. Jusqu'à trois médecins réputés pourront vous être recommandés.

SERVICES MÉDICAUX 360^{oMD}

Que votre problème de santé soit simple ou complexe, le Réseau Best Doctors vous offre les outils et les ressources nécessaires pour ne plus être dans l'incertitude. Nous pouvons vous fournir des liens vers des sites Web qui traitent de votre problème de santé, des biographies de médecins et les coordonnées de spécialistes et d'établissements qui peuvent répondre à vos besoins médicaux.

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

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Conditions reliées au paiement

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

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

Diagnostic au Canada

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

Diagnostic à l'extérieur du Canada

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

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

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

Exclusions

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

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

Obligation de divulgation

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

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

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Les exclusions suivantes s'appliquent à la garantie de maladies graves et aux garanties d'exonération des primes.

Aucune indemnité d'**exonération des primes** 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'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 voyage aérien, sauf si l'assuré est passager d'un aéronef utilisé par un transporteur public;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une chirurgie électorive, et de toute complication en résultant;
- de traitements expérimentaux et 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'**exonération des primes** 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.



Offre promotionnelle d'assurance invalidité couvrant les dettes

Si l'assurance vie de 100 000 \$ et plus est acceptée sans exclusion ni surprime, recevez automatiquement, sans question additionnelle, une offre pour HuGO Maladies graves et HuGO Dettes.

HuGO Dettes couvre vos versements mensuels pour tous les types de dettes reliées à une institution financière et couvre jusqu'à 1 500 \$/mois.

FICHE TECHNIQUE HUGO DETTES

Indemnités offertes	Minimum 400 \$/mois, maximum 1 500 \$/mois
Limite d'âge à la souscription	Disponible pour les personnes âgées de 18 à 59 ans inclusivement. Âge au dernier anniversaire
Délais de carence	<ul style="list-style-type: none">• 90 jours• Inclut le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation 18 heures ou d'une chirurgie d'un jour
Période d'indemnisation	2 ans
Invalidité couverte	Toute invalidité totale causée par un accident ou une maladie
Invalidité partielle	Invalidité partielle 6 mois (voir détails)
Indemnité rétroactive	Lorsque l'assuré a reçu des indemnités d'invalidité totale pendant six (6) mois consécutifs, l'assureur paie une somme forfaitaire équivalente au délai de carence, comme si ce délai n'avait pas existé.
Type de contrat	Contrat garanti renouvelable Le taux de prime nivelée est basé sur l'âge et la classe de risques de l'assuré à l'émission de la garantie. Les seules augmentations possibles sont les ajustements dus à l'expérience.
Renouvellement	Garanti jusqu'à 65 ans.
Intégration et coordination	<ul style="list-style-type: none">• Prestation non intégrée et non coordonnée• Garantie de paiement à 100 % sur créance conjointe
Bénéficiaire	Au choix du titulaire
Exclusions et restrictions	Il n'y a pas de condition préexistante Veuillez consulter le spécimen de la police pour le texte complet.

ADMISSIBILITÉ ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Conditions d'admissibilité : l'assuré doit avoir été accepté sans exclusion ni surprime en assurance vie temporaire avec HuGO pour bénéficier d'une protection personnelle reliée à ses créances suite à une invalidité.

L'assuré est classé selon sa profession pour déterminer sa catégorie de risque.

Définition de l'âge : âge au dernier anniversaire.

Prime nivelée : le taux de prime nivelée est basé sur l'âge et la classe de risque de l'assuré à l'émission de la garantie. Les seules augmentations possibles sont les ajustements dus à l'expérience.

Ajustements des primes dus à l'expérience : l'Assureur peut modifier la prime selon l'expérience si elle diffère des résultats anticipés.

Définitions d'invalidité totale

Lorsque l'assuré occupe un emploi rémunéré au début de l'invalidité : pour la période du délai de carence et des vingt-quatre (24) mois qui suivent, état de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou une maladie, est inapte à exercer les principales fonctions de son emploi au début de l'invalidité et qui, durant cette période, n'occupe pas un autre emploi et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Lorsque l'assuré n'occupe pas un emploi : 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.

Inclus d'office

Invalidité partielle 6 mois

Indemnité

Pour les catégories d'emploi B, 1A et 2A : Lorsque l'assuré a été totalement invalide pendant la durée du délai de carence et qu'il devient ensuite partiellement invalide, l'Assureur verse 50 % de la somme des montants mensuels admissibles d'invalidité totale à compter de l'expiration de cette période selon la durée maximale pour la présente garantie.

Pour les catégories d'emploi 3A et 4A : Lorsque l'assuré a été invalide au moins partiellement, pendant une durée minimale équivalente à son délai de carence, et que l'invalidité partielle se poursuit au-delà de l'expiration de ce délai, l'Assureur verse 50 % de la somme des montants mensuels admissibles d'invalidité totale à compter de l'expiration du délai de carence et selon la durée maximale pour la présente garantie.

Restrictions

Lorsque, pour une même invalidité, des indemnités d'invalidité totale et partielle sont versées, la durée totale des indemnités payées par l'Assureur ne peut excéder la durée maximale de l'invalidité totale.

Si l'assuré fait faillite en cours d'invalidité, plus aucune prestation n'est payable pendant ladite invalidité.

Les personnes qui n'occupent pas d'emploi ne peuvent bénéficier d'une protection partielle.

Définition

Invalidité partielle (ou partiellement invalide) : état de l'assuré qui n'est pas totalement invalide qui, à la suite d'un accident ou une maladie, est incapable d'effectuer au moins l'une des principales fonctions relatives à son emploi au début de l'invalidité ou qui est incapable de travailler au moins cinquante pour cent (50 %) du temps normalement consacré à son emploi, tout en étant sous les soins et traitements continus d'un médecin.

Indemnité rétroactive

Lorsque l'Assureur a versé des indemnités d'invalidité totale pour des créances admissibles 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, sur cette garantie d'invalidité totale, comme s'il n'avait pas existé de délai.

Accumulation de jours d'invalidité

Les périodes d'invalidité continues de sept (7) jours et plus d'une même cause peuvent être cumulées pour satisfaire les délais de carence.

- Pour les catégories d'emploi B, 1A et 2A, les récurrences d'invalidité peuvent être cumulées sur une période de six (6) mois pour satisfaire le délai de carence;
- Pour les catégories d'emploi 3A et 4A, les récurrences d'invalidité peuvent être cumulées sur une période de douze (12) mois pour satisfaire le délai de carence.

Récidive d'invalidité

Toute récurrence d'invalidité attribuable à une même cause ou à une cause connexe est considérée comme la suite d'une seule et même invalidité, si la récurrence survient à l'intérieur d'une période de :

- six (6) mois pour les catégories d'emploi B, 1A et 2A;
- douze (12) mois pour les catégories d'emploi 3A et 4A.

Le délai de carence n'est pas encouru de nouveau et les versements d'indemnité sont cumulés aux versements passés pour déterminer la durée maximale d'indemnisation prévue au contrat, sous réserve de la pluralité des causes d'invalidité.

Pluralité des causes d'invalidité

Si, au cours de la période d'indemnisation, il survient un autre accident ou maladie, cet autre accident ou maladie ne donne droit à aucune indemnité d'invalidité supplémentaire en vertu de la présente police. Si, à la fin de la durée maximale d'indemnisation, l'invalidité totale persiste sans que l'assuré se soit rétabli de sa première invalidité, et qu'il survient un autre accident ou maladie, cet autre accident ou maladie ne donne droit à aucune indemnité en vertu de la présente police.

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).

Exonération des primes

Durant les périodes où l'assuré est éligible à recevoir des indemnités, l'Assureur accorde l'exonération des primes. Cette exonération prend fin à la date où l'assuré n'est plus éligible à recevoir des indemnités d'invalidité.

Indemnité de décès

Lorsque l'Assureur verse des indemnités d'invalidité pour des créances admissibles et que l'assuré décède, l'Assureur versera au bénéficiaire une indemnité forfaitaire qui sera égale à cinq (5) fois le montant de l'indemnité mensuelle qui était versée au moment du décès, jusqu'à concurrence de sept mille cinq cent dollars (7 500 \$).

Réadaptation

Lorsque l'Assureur verse une indemnité d'invalidité pour des créances admissibles en vertu de la présente police, l'Assureur paie le coût des services liés à un programme de réadaptation à la condition que ces services ne soient pas déjà couverts par un autre programme ou service et que le programme ait été approuvé par écrit par l'Assureur avant que l'assuré n'y participe.

Don d'organe(s)

L'invalidité due à un don d'organe(s) ne donne droit à aucune indemnisation, sauf lorsque le don est effectué après que la garantie donnant droit à l'indemnisation ait été en vigueur depuis au moins six (6) mois.

Fin de la garantie

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 d'une demande écrite de la part du titulaire ou la date stipulée dans cette demande si elle est postérieure à la date de réception;
- la date d'annulation de la garantie d'invalidité totale;
- la date d'expiration du délai de grâce du paiement de la prime;
- la date d'anniversaire de police suivant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de l'assuré;
- la date où l'assuré cesse d'être un résident canadien;
- la date de décès de l'assuré.

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

ÉTABLISSEMENT DU MONTANT ASSURABLE ET DES INDEMNITÉS PAYABLES

HuGO 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 de 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 ou commercial (tel que prêt levier, prêt-auto, bateau, moto, véhicule récréatif [VR], étudiant, rénovation), carte de crédit, marge de crédit, bail de location, prêt et marge de crédit hypothécaire.

Lorsque l'assuré n'a pas de prêt hypothécaire ou de marge de crédit hypothécaire, sera considérée comme créance admissible, le loyer mensuel de l'assuré rencontrant les normes de la régie du logement d'un bail d'une durée minimale d'un an, payable à une personne physique ou morale sans lien de parenté ni d'affaires avec l'assuré ou le titulaire (période d'indemnisation de deux [2] ans).

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 en relation avec 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 :

- **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 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.

- **une marge de crédit hypothécaire** correspond au montant périodique régulier prélevé par l'institution financière durant les 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 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;
- **une marge de crédit ou une carte de crédit** correspond au moins élevé entre 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;
- **un prêt levier pour financer un placement** correspond au moins élevé entre 3% du solde débiteur au début de l'invalidité et le montant minimal exigible par l'institution financière. Ce montant est admissible pour deux (2) ans et est nul par la suite;
- **un prêt personnel** correspond au versement périodique établi dans le contrat pour rembourser la dette.
- 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 la quote-part que l'assuré doit assumer mensuellement pour ce prêt.

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.

EXCLUSIONS APPLICABLES À HUGO DETTES

Assurance créances

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'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 voyage aérien, sauf si l'assuré est passager d'un aéronef utilisé par un transporteur public;
- d'une chirurgie esthétique ou d'une chirurgie électorale, et de toute complication en résultant;
- de traitements expérimentaux et ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment.

Aucune indemnité d'invalidité n'est payable pour :

- une grossesse, un accouchement, une fausse couche et toute condition qui en résulte, sauf en cas de complication pathologique;
- toute augmentation de créance et toute créance contractée par un assuré déjà en invalidité;
- 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, 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 spécifiquement couverte par une autre assurance créance ou crédit;
- la période où l'assuré est incarcéré dans un pénitencier ou un établissement gouvernemental de détention.

En cas de faillite de l'assuré, en cours d'invalidité, les indemnités d'invalidité cessent en date de la faillite.

Aucune indemnité de décès n'est payable durant les deux (2) premières années de la date d'effet de la garantie ou de sa remise en vigueur, advenant le suicide de l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou pas.

D'autres exclusions particulières peuvent s'appliquer pour certains avenants de la police. Vous référer au texte de la police pour connaître les restrictions et les exclusions relatives à chaque avenant.

Restrictions

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

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

DESCRIPTION DES CLASSES DE RISQUES

Classe 4A :

- Les professionnels et cadres supérieurs d'entreprise (cols blancs) qui n'exercent que du travail de bureau ou qui n'ont que des fonctions administratives ou cléricales;
- Certains cadres supérieurs d'entreprise/cols blancs avec tâches de vente limitée et qui ne font aucune livraison et qui ne procèdent à aucune démonstration.

Classe 3A :

- La plupart des cols blancs - les employés de bureau, les gérants, superviseurs et inspecteurs qui ne participent pas aux travaux surveillés;
- Les représentants qui ne font aucune livraison;
- Aucun travail manuel.

Classe 2A :

- Les travailleurs professionnels exécutant les fonctions ou le travail d'un ouvrier spécialisé;
- Les commis et autres travailleurs avec tâches se limitant à la vente, la supervision et la fourniture de services;
- Les travailleurs professionnels qualifiés qui ne satisfont pas aux critères de la catégorie 3A;
- Les étudiants à temps plein.

Classe 1A :

- Les ouvriers et travailleurs manuels dont les tâches sont plus exigeantes physiquement et dont les conditions de travail sont favorables;
- Le travail ne doit comporter aucun danger, tel que produits chimiques, explosifs, machinerie et équipement lourd.

Classe B :

- Les ouvriers et travailleurs manuels devant fournir d'importants efforts physiques;
- Les conditions de travail pouvant générer un risque accru de maladie ou d'accident – chaleur extrême, changements de température fréquents;
- L'utilisation de produits chimiques, d'explosifs, de machinerie lourde ou d'équipement lourd;
- Les personnes sans emploi et les aidants naturels;
- Classe X dans le produit ASSUR-DETTE : non admissible.

MODIFICATIONS AUTORISÉES APRÈS L'ÉMISSION DE LA POLICE

Voici les modifications les plus fréquemment demandées.

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

Type de modification permise	HuGO Vie	HuGO Maladies graves	HuGO Dettes
Annulation de couvertures (avenants)	X	X	N/D
Changement de statut fumeur à non-fumeur	X	X	X
Transformation	X	X	N/D
Droit d'échange	X	N/D	N/D
Changement de titulaire	X	X	X
Changement de bénéficiaire	X	X	X
Changement de payeur	X	X	X
Ajout d'avenants	N/D	N/D	N/D
Augmentation du capital assuré	N/D	N/D	N/D
Diminution du capital assuré	X	N/D	X

X : Autorisées en tout temps N/D : Non disponible





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

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 !

Ce document est présenté à titre informatif seulement. Veuillez prendre connaissance de tous les détails en lisant le texte de la police. En cas de divergence entre la police et le présent document, le texte de la police prévaut.