

HUGO

DETTES – Assurance Créances

SPECIMEN

Sommaire des garanties

Votre contrat est composé de la présente police, de la copie de la proposition, du questionnaire d'assurabilité et de tous les avenants et avis de modification en annexes.

Veillez lire attentivement votre police, la copie de la proposition et le questionnaire d'assurabilité en annexes. Si un changement doit être apporté aux réponses données, veuillez en aviser l'Assureur dans les 30 jours suivant la délivrance de la police. Le défaut d'aviser l'Assureur de toute inexactitude ou déclaration erronée peut entraîner la nullité du contrat.

Sous réserve des dispositions et des avenants de la police, l'Assureur paie les indemnités énumérées ci-dessous lorsque survient un événement couvert.

Toutes les obligations que l'Assureur assume en vertu du contrat prennent fin immédiatement lorsque l'Assureur reçoit une demande d'annulation de contrat ou un avis d'arrêt de paiement de la prime due.

Description des garanties

Description des garanties	Délai de carence Accident/maladie (en jours)	Durée maximale	Indemnités	Prime
---------------------------	--	-------------------	------------	-------

Partie A – Définitions

Aux fins de la présente *police*, les termes suivants signifient :

Accident : événement survenant alors que la *police* est en vigueur et dû à des causes externes, violentes, soudaines, fortuites et indépendantes de la volonté de la *personne assurée*. Si un *accident* cause une perte qui se manifeste plus de quatre-vingt-dix (90) jours après l'*accident*, cette perte est réputée être le fait d'une *maladie*.

Activités de la vie quotidienne : les activités de la vie quotidienne sont :

- **se laver** : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **se vêtir** : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **se servir des toilettes** : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **être continent** : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- **se mouvoir** : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- **se nourrir** : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Assureur : Humania Assurance Inc., ayant son siège social au 1555 rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6.

Bail de location : prêt en relation avec la location d'un bien, excluant tout bail relié à la location d'un logement résidentiel et/ou à la location d'un local commercial.

Bénéficiaire : personne(s) physique(s) ou morale(s) désignée(s) par le *titulaire* dans tout document notifié par écrit à l'*Assureur* comme ayant droit de toucher des prestations en vertu de la présente *police*.

Blessure : lésion corporelle résultant directement ou indirectement d'un *accident* subi par la *personne assurée* et indépendamment de toute *maladie* ou autre cause, alors que la *police* est en vigueur.

Catégorie d'emploi : regroupement de types d'*emplois* semblables par la nature de leurs fonctions, servant à définir les classes de tarification liées à l'*emploi*.

Classe de risque : caractéristiques de la *personne assurée* déterminant le taux de prime d'une protection. Les classes de risque sont basées sur le sexe, l'âge, le tabagisme, l'état de santé et la *catégorie d'emploi* de la *personne assurée*.

Créance admissible : tout *prêt* à durée fixe dont la *personne assurée* est personnellement et légalement responsable à titre d'emprunteur ou de coemprunteur offerts par une *institution financière* reconnue, incluant sans s'y limiter : tout *prêt* personnel (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 la *personne assurée* n'a pas de prêt hypothécaire ou de marge de crédit hypothécaire, sera considérée comme *créance admissible*, le loyer mensuel de la *personne assurée* 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 la *personne assurée* ou le *titulaire*.

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

Toute augmentation de créance et toute créance contractée par une *personne assurée* déjà en invalidité ne sont pas considérées comme une créance admissible.

Toute augmentation de créance et toute créance contractée par une *personne assurée* 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.

Les indemnités auxquelles la *personne assurée* peut avoir droit en vertu des présentes sont établies en fonction de cette définition de *créance admissible*.

Délai de carence : période d'attente, exprimée en nombre de jours, au cours de laquelle aucune indemnité n'est payable. Le *délai de carence* commence à la date de la première consultation médicale liée à l'invalidité et qui suit le début de ladite 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 de trente (30) jours et plus.

Pour les catégories d'*emploi* C, 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*.

Durée maximale d'indemnisation : période de temps maximale, inscrite au sommaire des garanties, où des versements d'indemnité sont payables à la suite d'un événement couvert.

Restrictions

En aucun temps, la durée maximale d'une indemnité d'invalidité ne peut dépasser l'anniversaire de *police* suivant le soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de la *personne assurée*.

Emploi à temps plein : exercice régulier et actif d'un *emploi* rémunéré pendant au moins vingt et une (21) heures par semaine, et ce, au moins trente-cinq (35) semaines par année.

Institution financière : une banque canadienne ou étrangère, une société de fiducie, de *prêt* ou d'assurance, une société coopérative de crédit ou toute personne morale régit par la loi des sociétés de fiducie et de *prêt*, toutes légalement autorisées à pratiquer au Canada ou dans la province de résidence de la *personne assurée*.

Invalide ou invalidité : état d'*invalidité totale* de la *personne assurée*, lié à un trouble résultant d'un *accident* ou d'une *maladie*.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : lorsque la *personne assurée* occupe un *emploi* rémunéré au début de l'*invalidité*, pour la période du *décal de carence* et des vingt-quatre (24) mois qui suivent, état de la *personne assurée* 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 ladite période, n'occupe pas un autre *emploi* et est sous les *soins* et traitements continus et appropriés d'un *médecin*.

Lorsque la *personne assurée* est sans *emploi*, au début de l'*invalidité* c'est l'état de la *personne assurée* 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*.

Maladie : détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, constaté par un *médecin*, qui n'a pas été causé par une *blessure* et dont les premiers symptômes se manifestent pendant que la présente *police* est en vigueur.

Médecin : toute personne légalement autorisée à pratiquer la *médecine* au Canada dans la mesure de son doctorat en médecine (M.D.), sans lien de parenté ni d'affaires avec la *personne assurée* ou le *titulaire*.

Montant mensuel admissible : équivalent mensuel du versement périodique payable par la *personne assurée* 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 deux (2) semaines, le facteur est de 26/12.

Spécifiquement, le *montant mensuel admissible* pour :

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

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

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

- un loyer résidentiel éligible correspond au montant du loyer pour une durée maximale de deux (2) ans et est nul par la suite;

- un *prêt* levier pour financer un placement correspond au moins élevé entre trois pourcent (3 %) du solde débiteur au début de l'*invalidité* et le montant minimal exigible par l'*institution financière*. Ce montant est admissible pour dix (10) ans et est nul par la suite;
- un *prêt* personnel correspond au versement périodique établi dans le contrat pour rembourser la dette. Ce montant est admissible jusqu'à la date d'échéance du *prêt* et est nul par la suite.

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

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

À l'exception du *montant mensuel admissible* d'un *prêt* hypothécaire, le *montant mensuel admissible* ou le calcul du *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 personnelle admissible* contractée par plusieurs parties avec une obligation solidaire, le montant mensuel admissible correspond à 100 % du versement admissible nonobstant le pourcentage de responsabilité de la *personne assurée*.

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

En cas de faillite de la *personne assurée*, 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*.

Non-fumeur : personne qui n'a pas fait usage de tabac, sous quelque forme que ce soit, y compris les succédanés de nicotine, produits de nicotine, au cours des douze (12) mois précédant la signature de la demande d'assurance ou de sa remise en vigueur.

Occupation : ce à quoi une *personne assurée* consacre ses activités et son temps à l'exclusion des loisirs.

Personne assurée : personne désignée comme telle sur la demande d'assurance.

Police : le présent contrat, la proposition relative à cette *police*, toute demande de remise en vigueur et toute demande de modification écrite de ce contrat de même que tout document s'y rattachant.

Prêt : créance constatée par un contrat qui stipule clairement la date et le montant initial du *prêt* consenti, la date d'échéance et le versement périodique à payer jusqu'à l'épuisement de la dette ou jusqu'à la date d'échéance du *prêt*.

Profession; Emploi; Travail : ces termes signifient, indistinctement, la(les) profession(s), un *emploi* ou un *travail* rémunéré exercé par la *personne assurée* au début de l'*invalidité*.

Résident canadien : personne autorisée par la loi à résider au Canada, qui y demeure au moins six (6) mois par année civile et qui est admissible aux régimes gouvernementaux d'assurance *maladie* et d'assurance hospitalisation de la province où elle demeure.

Soins d'un médecin : soins réguliers et personnels prodigués par un *médecin* qui, d'après les normes médicales courantes, conviennent à l'affection qui cause l'*invalidité* de la *personne assurée*.

Titulaire : personne qui a la propriété du contrat d'assurance.

SPECIMEN

Partie B – Garantie d'invalidité totale

Indemnité

L'Assureur paie mensuellement, alors que la *personne assurée* est *totale* et *permanente* *invalidée*, la somme des *montants mensuels admissibles* jusqu'à concurrence du montant de garantie d'invalidité totale inscrit au sommaire des garanties compte tenu du *délai de carence* et de la *durée maximale d'indemnisation*.

Les indemnités sont payables exclusivement pour le remboursement de *créances admissibles*. L'Assureur se réserve le droit de prendre les mesures nécessaires pour que les indemnités soient utilisées au remboursement de *créances admissibles*.

Toute indemnité d'invalidité de régimes gouvernementaux n'affecte aucunement le montant payable sous cette garantie

Restriction

Si la *personne assurée* fait faillite en cours d'invalidité plus aucune prestation n'est payable pendant ladite *invalidité*.

Présomption d'invalidité totale et permanente

Si, à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*, la *personne assurée* subit la perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou d'un sens, tels que décrits ci-après, la *personne assurée* est considérée être *totale* et *permanente* *invalidée*, 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).

Dispositions générales

Les définitions, restrictions ou exclusions de la présente garantie s'ajoutent à celles inscrites dans les dispositions générales. Les dispositions générales de la *police* régissent la présente garantie dans la mesure où elles s'y rapportent et où elles ne sont pas incompatibles avec celle-ci.

Partie C – Dispositions générales

Date d'effet

La présente *police* entre en vigueur dès l'acceptation de la proposition par l'*Assureur*, pourvu que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité de la *personne assurée* depuis la signature de la proposition.

Indemnité d'invalidité

Lorsqu'une *personne assurée* est atteinte d'une *invalidité* couverte par la présente *police*, l'*Assureur* paie selon les directives du *titulaire*, le *montant mensuel admissible*. Les paiements débutent lorsque le *délai de carence* est complété, et ce, jusqu'à la première des éventualités soit : l'extinction de la créance ou la *durée maximale d'indemnisation*, sous réserve des restrictions, exclusions et dispositions générales de la *police* et de ses garanties.

Début de l'invalidité : aux fins de la présente *police*, l'*invalidité* débute à la date de la première consultation médicale qui suit le début de l'*invalidité* et qui y est liée.

Ajustement de l'invalidité : Lorsque nécessaire, l'indemnité mensuelle est ajustée sur une base journalière à raison d'un trentième (1/30) de l'indemnité mensuelle pour chaque jour d'*invalidité*.

Récidive d'invalidité : toute récidive d'invalidité attribuable à une même cause ou à une cause connexe est considérée comme la suite d'une seule et même *invalidité*. Le *délai de carence* n'est pas encouru de nouveau et les versements d'indemnité de créance sont cumulés aux versements passés pour déterminer la *durée maximale d'indemnisation* prévue au sommaire des garanties, sous réserve de la *pluralité des causes d'invalidité*.

Pour les catégories d'emploi B, 1A, 2A

Si la *personne assurée* redevient *invalide* après avoir été capable d'exercer un *emploi à temps plein*, ou après avoir été en mesure d'accomplir ses *occupations* principales, durant une période d'au moins six (6) mois consécutifs, l'*invalidité* sera considérée comme une nouvelle *invalidité*, même si elle est attribuable à une cause identique ou connexe. Le *délai de carence* et la *durée maximale d'indemnisation* inscrits au sommaire des garanties s'appliqueront à nouveau.

Pour les catégories d'emploi 3A et 4A

Si la *personne assurée* redevient *invalide* après avoir été capable d'exercer un *emploi à temps plein* ou après avoir été en mesure d'en accomplir ses *occupations* principales, durant une période d'au moins douze (12) mois consécutifs, l'*invalidité* sera considérée comme une nouvelle *invalidité*, même si elle est attribuable à une cause identique ou connexe. Le *délai de carence* et la *durée maximale d'indemnisation* inscrits au sommaire des garanties ou s'appliqueront à nouveau.

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 la *personne assurée* n'y participe.

Indemnité de décès : lorsque l'*Assureur* verse des indemnités d'*invalidité* pour des *créances admissibles* et que la *personne assurée* décède, l'*Assureur* versera au *bénéficiaire* une indemnité forfaitaire qui sera égale à cinq (5) fois le *montant mensuel admissible*, jusqu'à concurrence de dix mille dollars (10 000 \$).

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 la *personne assurée* ne 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*.

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.

Restrictions

Si la *personne assurée* refuse tout traitement ou toute médication jugés nécessaires 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 la *personne assurée*, au début de l'*invalidité*, jusqu'à concurrence du maximum assuré indiqué au sommaire des garanties. Il est important pour le *titulaire* de vérifier périodiquement si le montant de protection correspond toujours à ses besoins.

Si le montant de l'indemnité payée par l'*Assureur* est inférieur à l'indemnité assurée, l'*Assureur* ne rembourse pas l'excédent de la prime.

Aucun intérêt n'est versé pour toute indemnité d'invalidité payable en vertu de la *police*, sauf si exigé par la loi.

Primes

Cette *police* comporte des garanties avec des primes variant par période de dix (10) ans et des primes nivelées selon les garanties choisies. Le type de prime est indiqué au sommaire des garanties.

À moins d'avis contraire, toutes les primes peuvent faire l'objet d'ajustements dus à l'expérience.

Prime dix (10) ans : à chaque période de dix (10) ans suivant la date d'effet stipulée au sommaire des garanties, la prime à l'égard de la garantie fait l'objet d'une augmentation. La prime est alors basée sur sa *classe de risque* initiale, sur l'âge atteint de la *personne assurée* et selon les taux en usage à cette date.

De plus, les primes dix (10) ans sont également sujettes à ajustements dus à l'expérience.

À compter du vingt-cinquième (25^e) mois de l'émission de la *police*, le *titulaire* a le droit de transformer en prime nivelée les primes dix (10) ans de chacune des garanties. La prime dix (10) ans est alors modifiée en une prime nivelée basée sur sa *classe de risque* initiale, sur l'âge atteint de la *personne assurée* et selon les taux en usage à cette date.

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

Ajustements dus à l'expérience

À moins de mention explicite à la garantie, l'*Assureur* se réserve le droit d'ajuster les primes des garanties selon l'expérience si elle diffère des résultats anticipés.

Modalité de paiement

La prime est payable mensuellement par prélèvement automatique. Tout paiement de prime effectué par chèque ou par prélèvement automatique n'est réputé effectué que si le paiement est honoré.

À la condition que la *personne assurée* ne soit pas *invalide*, le *titulaire* peut modifier les modalités de paiement en donnant un préavis de quinze (15) jours.

Toute prime due sera déduite de tout montant payable par l'*Assureur*.

Exonération des primes

Durant les périodes où la *personne assurée* est éligible à recevoir des indemnités, l'*Assureur* accorde l'exonération des primes subséquentes.

Cette exonération prend fin à la date où la *personne assurée* n'est plus éligible à recevoir des indemnités d'invalidité.

Exclusions

Aucune indemnité d'invalidité ou de décès accidentel, de mutilation ou de perte d'usage, n'est payable lorsqu'elle résulte :

- d'une tentative de suicide, de *blessure* ou de mutilation que la *personne assurée* s'est infligé volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- de la participation de la *personne assurée* 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 la *personne assurée* à une manifestation populaire;
- de *blessure* subie au cours d'un voyage aérien, sauf si la *personne assurée* 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 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 la *personne assurée* est incarcérée dans un pénitencier ou un établissement gouvernemental de détention.

En cas de faillite de la *personne assurée*, 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 la *personne assurée*, qu'il soit sain d'esprit ou pas.

Âge

Aux fins de la présente *police*, l'âge de la *personne assurée* est l'âge atteint par celui-ci à son dernier anniversaire de naissance précédant l'émission d'une garantie. Si, par erreur ou autrement, l'âge utilisé pour le calcul de la prime est erroné, l'*Assureur*, au moment du règlement de l'assurance, ajustera le montant payable pour refléter l'âge véritable à la date à laquelle la *personne assurée* est devenue assurée.

Divuligation

La *personne assurée*, le *titulaire* et le *bénéficiaire* sont tenus de coopérer pleinement avec l'*Assureur* et doivent divulguer à l'*Assureur* dans la proposition, lors d'examen médical, le cas échéant, et dans une déclaration écrite ou une réponse donnée à titre de preuve d'assurabilité, tous les faits dont ils ont connaissance et qui sont essentiels à l'assurance et ne sont pas déclarés par l'autre. La *personne assurée*, le *titulaire* et le *bénéficiaire* doivent également signer tout formulaire ou autre document permettant à l'*Assureur* d'obtenir tout renseignement pertinent.

Sous réserve des articles ayant trait à l'incontestabilité et à l'âge, l'omission de divulguer ou la déclaration inexacte portant sur un tel fait rendent le contrat annulable par l'*Assureur*.

Fin de la police et des garanties

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

- la date de réception 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 la *personne assurée*;
- la date où la *personne assurée* cesse d'être un *résident canadien*;
- la date de décès de la *personne assurée*.

Incontestabilité

En l'absence de fraude, l'*Assureur* ne peut annuler ou réduire pour fausse déclaration ou réticence portant sur le risque, une garantie qui a été en vigueur pendant deux (2) ans ou une remise en vigueur depuis plus de deux (2) ans. Toutefois, cette règle ne s'applique pas si l'*invalidité* a débuté à l'intérieur des deux (2) premières années de la date d'effet de la protection ou de sa remise en vigueur.

Fausse déclaration des habitudes de fumeur

Si la prime exigée pour la présente *police* est basée sur des déclarations présentées dans la proposition ou dans la demande de remise en vigueur à l'effet que la *personne assurée* ne fait pas usage de tabac sous quelque forme que ce soit, y compris les succédanés de nicotine, produits de nicotine, marijuana ou haschisch, et que ces déclarations sont en fait fausses, ces déclarations seront réputées être frauduleuses et la présente *police* sera nulle à compter de la date d'effet ou de remise en vigueur. Toute réclamation payée par l'*Assureur* devra lui être remboursée.

Remise en vigueur

Si la présente *police* prend fin par défaut de paiement de prime, celle-ci peut être remise en vigueur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation, pourvu que le *titulaire* en fasse la demande, qu'il établisse l'assurabilité de la *personne assurée* à la satisfaction de l'*Assureur* et qu'il paie les primes en souffrance. Les délais prévus en matière d'incontestabilité et de suicide sont à nouveau en vigueur à compter de la date du dernier rétablissement.

Changement de bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, le *titulaire* peut en tout temps désigner un *bénéficiaire*, le changer ou le révoquer. L'*Assureur* ne reconnaît que le changement qui lui est notifié par écrit. L'*Assureur* n'assume aucune responsabilité quant à la validité de la désignation du *bénéficiaire*.

Cession

Sous réserve des dispositions de la loi, le *titulaire* peut céder sa *police*. L'*Assureur* ne reconnaît que la cession qui lui est notifiée par écrit. Il n'assume aucune responsabilité quant à la validité de ladite cession.

Aucune cession n'est permise lorsque le contrat est en cours de paiement de prestation d'invalidité.

Règlement de la police

Toute indemnité est payée au *bénéficiaire* indiqué à la proposition ou selon tout autre document écrit soumis subséquemment à l'*Assureur* par le *titulaire*.

À défaut d'indication contraire par le titulaire, l'indemnité d'*invalidité* est payée à la *personne assurée*, l'indemnité de retour de primes est payable au *titulaire* et l'indemnité de décès est payable aux héritiers légaux.

Remboursement

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

Monnaie légale

Tout paiement, en vertu des dispositions de cette *police*, est effectué en monnaie légale du Canada.

Droit d'annulation

Le *titulaire* peut obtenir l'annulation de la présente *police*, dans un délai de quinze (15) jours, de la date de sa réception ou à l'intérieur des soixante (60) jours suivant la date d'émission de la *police*, pourvu qu'il retourne la *police* accompagnée d'une demande écrite d'annulation. Toute prime perçue en vertu de la *police* lui est alors remboursée.

Conformité avec la loi

Toute disposition de la *police* qui, à la date de prise d'effet, n'est pas conforme aux lois de la province où la *police* a été établie est modifiée de façon à répondre aux exigences minimales de ces lois.

Dispositions générales

Les exclusions, restrictions et les dispositions générales s'appliquent à la *police* ainsi qu'à toutes les garanties dans la mesure où elles s'y rapportent.

Certaines garanties comportent des exclusions et des restrictions leur étant propres. Ces exclusions et restrictions s'ajoutent aux exclusions et restrictions des dispositions générales.

SPECIMEN