

Assurance invalidité dettes

Temporaire (10 ans ou 20 ans selon la police souscrite par le titulaire) renouvelable jusqu'à 65 ans

Protection (Or, Argent ou Bronze)

N° DE POLICE :
DATE D'EFFET :
TITULAIRE :

SPECIMEN

Partie A – Définitions

Les termes identifiés en *italique* dans le texte ont la signification suivante :

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 l'*assuré*. Si un *accident* cause une perte qui se manifeste pour la première fois 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 : 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.

Affection préexistante : une *blessure*, une *maladie* ou une affection qui s'est manifesté au cours de la période de (12 ou 24 mois selon la police souscrite par le titulaire) précédant la date d'effet de la *police* et pour laquelle :

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

Âge d'assurance : âge de l'*assuré* au dernier anniversaire de police.

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

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

Bénéficiaire : à moins d'indication contraire, le *bénéficiaire* par défaut est l'*assuré*. Le *titulaire* peut changer le *bénéficiaire* en notifiant l'*Assureur* par écrit de la nouvelle désignation.

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

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

Créance admissible : tout *prêt* à durée fixe dont l'assuré 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 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*.

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.

Les indemnités auxquelles l'assuré 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*.

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

Emploi ou travail : ces termes signifient, indistinctement, un *emploi* ou un *travail* rémunéré exercé par l'*assuré* juste avant le début de l'*invalidité*.

Hôpital : institution reconnue comme centre hospitalier de soins de courte durée en vertu des lois de la province de résidence de l'*assuré*, à l'exclusion de l'unité de soins de longue durée (des lits de cette institution qui sont utilisés pour les convalescents ou les malades chroniques).

N'est pas reconnu comme *hôpital* : une clinique, une maison de santé, un établissement procurant essentiellement des soins de réadaptation ou de garde, même si cet établissement fait partie d'un *hôpital* ou est associé à un *hôpital*.

Indemnité admissible : montant maximal de l'indemnité, inscrit au sommaire des garanties. Le montant maximal peut être réduit en vertu des dispositions, restrictions et exclusions de la *police* et des garanties.

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 l'assuré.

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

Invalidité totale (ou totalement invalide) :

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

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

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 en vertu de son doctorat en médecine (M.D.), sans lien de parenté ni d'affaires avec l'*assuré* ou le *titulaire*.

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 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 l'assuré.

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*.

Occupation : ce à quoi un *assuré* consacre ses activités et son temps à l'exclusion des loisirs.

Police : le présent contrat, la proposition relative à cette *police* 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*.

Régimes gouvernementaux : l'ensemble des régimes gouvernementaux provinciaux, territoriaux et fédéraux ou tout autre régime ou loi donnant droit à des prestations d'*invalidité*, desquels l'*assuré* a droit de tirer des prestations.

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. Cette *police* n'est offerte qu'aux résidents canadiens à la date d'effet de la *police*.

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 l'*assuré*.

Titulaire : personne qui a la propriété de cette *police*.

Partie B – Garantie d'invalidité totale dettes Temporaire (10 ans ou 20 ans selon la police souscrite par le titulaire) renouvelable jusqu'à 65 ans

Indemnités

Lorsque l'*invalidité* de l'*assuré* ne résulte pas d'une *affection préexistante*, l'*Assureur* paie mensuellement, alors que l'*assuré* est *totalement invalide*, la somme des *montants mensuels admissibles* jusqu'à concurrence du montant de garantie d'invalidité totale dettes inscrit au sommaire des garanties, compte tenu du *délai de carence* et de la *durée maximale d'indemnisation* indiquée à ce sommaire, sous réserve des restrictions et exclusions de la *police*.

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

Lorsque l'*invalidité* de l'*assuré* résulte d'une *affection préexistante* et que celle-ci débute plus de (12 ou 24 mois selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la présente garantie, l'*Assureur* paie mensuellement, alors que l'*assuré* est *totalement invalide*, l'*indemnité admissible* indiquée au sommaire des garanties, compte tenu du *délai de carence* et de la *durée maximale d'indemnisation* indiquée à ce sommaire, sous réserve des restrictions et exclusions de la *police*.

Aucune indemnité d'invalidité n'est payable lorsque l'invalidité de l'assuré résulte d'une affection préexistante et que l'invalidité débute durant la période de (12 ou 24 mois selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet de la présente garantie. La responsabilité de l'Assureur se limite alors au remboursement des primes payées et la police prend fin sans aucune autre valeur.

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

Restrictions

Assuré sans emploi depuis plus de cent vingt (120) jours

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

- l'*Assureur* paie mensuellement la somme des montants mensuels admissibles jusqu'à concurrence du moindre de cinquante pour cent (50 %) du montant d'indemnité de garantie d'*invalidité totale* dettes inscrit au sommaire des garanties et d'une indemnité maximale de mille deux cents dollars (1 200 \$) pour l'ensemble des protections d'*invalidité* détenues par l'*assuré* auprès de l'*Assureur*.

Montant maximal mensuel assurable

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

Montant maximal payable

Le montant total des indemnités payables par l'*Assureur* pour cette *police* ne peut être supérieur à vingt-quatre (24) fois le montant de l'indemnité souscrite pour la durée de vie du contrat. Lorsque ce maximum est atteint, la *police* prend fin.

Exclusions

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

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

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

Aucune indemnité d'*invalidité* n'est payable pour :

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

Indemnité rétroactive

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

Présomption d'*invalidité totale* et permanente

Si à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*, l'*assuré* subit la perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou d'un sens, tels que décrits 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 d'usage signifie pour :

- une main, un pied : l'amputation complète à la jointure du poignet ou de la cheville ou plus haut, s'il n'y a pas d'amputation, la perte totale et définitive de l'usage de la main ou du pied;
- l'ouïe : la 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;
- la vue : la 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), confirmé par ophtalmologiste détenteur d'un permis canadien de pratique de la *médecine* et exerçant sa profession au Canada.

Dispositions générales

Les définitions, restrictions de la présente garantie d'*invalidité totale* dettes s'ajoutent à celles inscrites aux dispositions générales de la *police*.

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 l'*assuré* depuis la signature de la proposition.

Indemnité d'*invalidité*

Lorsque l'*assuré* est atteint d'une *invalidité* couverte par la présente *police*, l'*Assureur* paie le montant de l'*indemnité admissible*. Les paiements débutent lorsque le *délai de carence* est complété, 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'*indemnité* : 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*, par le fait même, le *délai de carence* n'est pas encouru de nouveau.

Si l'*assuré* 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 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* inscrit au sommaire des garanties s'appliquera 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 l'*assuré* n'y participe.

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* 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 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 montant d'indemnité indiqué au sommaire des garanties. Il est important pour le *titulaire* de vérifier périodiquement si le montant d'indemnité 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.

Advenant le cas où des versements forfaitaires ou rétroactifs sont versés à l'*assuré* par des *régimes gouvernementaux*, l'*assuré* est tenu de rembourser à l'*Assureur* les montants qui n'auraient pas été payables par l'*Assureur* en vertu de l'*intégration* des indemnités.

Si l'*assuré* néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu de *régimes gouvernementaux*, l'*Assureur* évalue le montant des prestations auxquelles l'*assuré* aurait eu droit et se réserve le droit de réduire ainsi les indemnités mensuelles payables à l'*assuré*.

Exonération des primes

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

Primes

À chaque période de (10 ans ou 20 ans selon la police souscrite par le titulaire) suivant la date d'effet stipulée au sommaire des garanties, la prime est ajustée pour refléter l'âge atteint de l'assuré, la classe de risque initiale de l'assuré et les taux de primes en usage à cette date.

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 ou annuellement, au choix du *titulaire*. Lorsqu'un chèque ou une autre lettre de change, ou un billet ou une autre promesse écrite de payer est donné pour la totalité ou une partie d'une prime et que le paiement n'est pas effectué selon sa teneur, la prime, ou la partie de celle-ci, est réputée n'avoir jamais été payée.

Le *titulaire* peut modifier les modalités de paiement à la condition que l'*assuré* ne soit pas *invalide* lors de la demande de modification.

Âge

Aux fins de la présente *police*, l'âge de l'*assuré* est l'âge atteint par celui-ci à l'anniversaire de naissance précédant ou coïncidant avec 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.

Participation

La présente *police* est une *police* non participante et ne comporte aucun droit de participation aux bénéfices de l'*Assureur*.

Divulgation

L'*assuré*, le *titulaire* et le *bénéficiaire* sont tenus de coopérer pleinement avec l'*Assureur* et ils 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. L'*assuré*, 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*.

Incontestabilité

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

Toutefois, cette règle ne s'applique pas à la demande de règlement faite à la suite d'un sinistre qui a été subi, ou d'une *invalidité* qui a commencé avant que la garantie ait été en vigueur durant deux (2) ans relativement à la personne pour laquelle la demande de règlement est effectuée.

Fin de la *police* et des garanties

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

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

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* ou de tout changement de *bénéficiaire*.

Règlement de la *police*

Toute indemnité est payée à l'*assuré* à moins d'avis contraire soumis par écrit à l'*Assureur*.

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 où la *police* est émise au *titulaire*. Une demande écrite d'annulation doit être reçue par l'*assureur* dans ces délais. Toute prime perçue en vertu de la *police* est alors remboursée au *titulaire*.

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 ou du territoire où la *police* a été établie est modifiée de façon à répondre aux exigences minimales de ces lois.

Dispositions générales

Les exclusions, restrictions et 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 et conditions légales.