



POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE NUMÉRO : **024001**

Conformément aux termes et conditions de la police émise à :

SAGE ASSURANCES ET RENTES COLLECTIVES

« le preneur »

HUMANIA ASSURANCE INC.

« l'assureur »

s'engage à payer les prestations ou indemnités prévues aux termes de la police, contre paiement par le preneur des primes exigées.

Date d'entrée en vigueur : Le 1er janvier 2024

Cette brochure, en date du 1^{er} avril 2026, remplace tout document émis précédemment au numéro 024001.

TABLE DES MATIÈRES

GÉNÉRALITÉS	3
SOMMAIRE DES GARANTIES	5
DÉFINITIONS.....	6
CONDITIONS GÉNÉRALES	9
DESCRIPTION DES GARANTIES	
ASSURANCE CANCER DE L'ADHÉRENT	15
ASSURANCE SOINS DE LA VUE.....	21
ASSURANCE LA FRACTURE.....	25

GÉNÉRALITÉS

La protection d'assurance maladie plan vision santé à adhésion facultative prévue au présent contrat est offerte exclusivement aux assurés des régimes d'assurance collective pour lesquels le preneur agit comme tierce partie administrateur.

Le document d'entente encadrant le Contrat d'assurance maladie plan vision santé et l'entente d'impartition signée entre le preneur et l'assureur s'appliquent dans leur intégralité au présent contrat.

Sous-groupe 00 – QUÉBEC

Catégories 1 - 2 : TOUS LES ASSURÉS – QUÉBEC

Sous-groupe 01 – ONTARIO

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – ONTARIO

Sous-groupe 02 – MANITOBA

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – MANITOBA

Sous-groupe 03 – SASKATCHEWAN

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – SASKATCHEWAN

Sous-groupe 04 – ALBERTA

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – ALBERTA

Sous-groupe 05 – COLOMBIE-BRITANNIQUE

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – COLOMBIE-BRITANNIQUE

Sous-groupe 06 – NOUVEAU-BRUNSWICK

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – NOUVEAU-BRUNSWICK

Sous-groupe 07 – NOUVELLE-ÉCOSSE

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – NOUVELLE-ÉCOSSE

Sous-groupe 08 – ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Sous-groupe 09 – TERRE-NEUVE

Catégories 1 - 2 TOUS LES ASSURÉS – TERRE-NEUVE

N.B. Chiffres impairs : Protection individuelle
Chiffres pairs : Protection familiale

GÉNÉRALITÉS

Période d'attente

Catégories 1 - 2

L'employé ou le membre doit avoir complété la période d'attente applicable à la garantie d'assurance frais médicaux prévue au contrat d'assurance collective du groupe admissible, ou à défaut d'inclure une telle garantie, avoir complété la période d'attente prévue pour la garantie d'assurance vie.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Sous-groupes 00 – 01 – 02 – 03 – 04 – 05 – 06 – 07 – 08 – 09

Catégories 1 – 2

Assurance cancer de l'adhérent

Montant en cas de cancer :	7 500 \$
----------------------------	----------

Assurance soins de la vue

Franchise :	Aucune
Coassurance :	100 % des frais admissibles
Maximum :	400 \$

Assurance La Fracture

Description	En cas de fracture subie à la suite d'un accident, par la personne assurée en vertu de la police-cadre, l'Assureur paie l'indemnité mentionnée dans le détail de la garantie.
-------------	---

DÉFINITIONS

Groupe admissible

Un employeur, une association ou un syndicat qui détient un contrat d'assurance collective au bénéfice de ses employés ou de ses membres, pour lequel le preneur agit à titre de tierce partie administrateur.

Adhérent

Membre d'un groupe admissible qui remplit les conditions d'admissibilité et qui produit une demande d'assurance.

Assuré

L'adhérent et ses personnes à charge lorsque l'assurance est entrée en vigueur selon les conditions de la police.

Personnes à charge

Le conjoint et l'enfant à charge d'un adhérent qui ont été déclarés à l'assureur et tels que définis ci-après :

Conjoint

La personne :

1. qui est mariée avec l'adhérent et cohabite avec lui; ou
2. qui vit maritalement avec l'adhérent depuis au moins douze (12) mois consécutifs; ou immédiatement si un enfant est né de leur union et
 - a. est désignée sur le formulaire « Déclaration d'état matrimonial » au titre de conjoint par l'employé et
 - b. est publiquement présentée comme son conjoint.

Toutefois, l'annulation du mariage, le divorce ou la séparation entraîne la perte du statut de conjoint.

Enfant à charge

Pour être admissible, l'enfant de l'adhérent ou de son conjoint doit être célibataire et sans emploi à plein temps, il doit résider au Canada et doit dépendre de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. De plus, l'enfant doit :

1. être âgé de moins de vingt et un (21) ans; ou

DÉFINITIONS

2. être âgé de vingt et un (21) ans à vingt-cinq (25) ans inclusivement et fréquenter une maison d'enseignement reconnue où il est inscrit à titre d'étudiant à temps plein;
3. ou quel que soit son âge, avoir été frappé d'invalidité totale avant son dix-huitième (18e) anniversaire de naissance et demeurer totalement invalide depuis.

A

Accident

Événement survenant alors que la police est en vigueur, dû à des causes externes, violentes, soudaines, fortuites et indépendantes de la volonté de l'assuré, soit une chute, un choc, une collision, un coup. Un faux mouvement ou des mouvements répétitifs qui surviennent dans le cadre des activités habituelles du travail ou des activités quotidiennes ne sont pas considérés comme un accident. Si un accident cause une perte qui se manifeste plus de trente-et-un (31) jours après l'accident, cette perte est réputée être le fait d'une maladie.

B

Blessure corporelle

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

C

Coassurance

Pourcentage des frais admissibles assumés par l'assureur.

D

Date de mise à la retraite

Date à laquelle un adhérent débute sa retraite selon :

1. le régime de retraite auquel il participe; ou
2. la convention de travail en vigueur chez l'employeur; ou
3. la pratique en usage chez l'employeur.

DÉFINITIONS

F

Franchise

Partie des frais admissibles que doit assumer l'assuré avant que l'assureur effectue un remboursement.

H

Hôpital

Tout établissement de soins de courte durée considéré comme un hôpital par les autorités fédérales ou provinciales canadiennes applicables, à l'exclusion de l'unité de soins de longue durée (des lits de cet établissement qui sont utilisés pour les convalescents ou les malades chroniques).

N'est pas considéré comme un hôpital : une clinique, une maison de santé, un centre de désintoxication, 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.

J

Jour

Jour calendrier, sauf indication contraire dans la garantie.

M

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 l'assuré ou le preneur.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin et qui n'a pas été causé par un accident.

S

Sport extrême

Tout sport qui se pratique dans des conditions extrêmes ou inhabituelles et comporte un risque de blessures plus élevé comparativement à toute autre activité sportive normalement pratiquée.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

Seul peut adhérer à la police et à ses garanties, l'employé faisant partie des catégories mentionnées aux généralités qui satisfait aux trois (3) conditions suivantes :

1. est âgé de moins de soixante-dix (65) ans;
2. satisfait les critères d'admissibilité du contrat d'assurance collective du groupe admissible dont il est employé ou membre,
3. n'a pas annulé une protection détenue dans le cadre du présent contrat au courant des trois années précédentes.

Adhésion

L'employé ou le membre admissible adhère à la police en remplissant le formulaire requis par le preneur.

Entrée en vigueur de l'assurance

1. l'assurance de l'adhérent admissible entre en vigueur :
 - a. à la date où la période d'attente en assurance frais médicaux incluse au contrat d'assurance collective du groupe admissible se termine ou à défaut de l'inclusion de cette garantie, à la date où la période d'attente en assurance-vie se termine et lorsque son formulaire de demande d'adhésion est reçu par le Preneur avant cette date ou dans les trente (30) jours suivants immédiatement la fin de la période d'attente;
 - b. si l'adhésion ne se fait pas dans les trente (30) jours suivant immédiatement la fin de la période d'attente, à la date de réception de la demande par le Preneur.
2. l'assurance des personnes à charge entre en vigueur :
 - a. à la même date que celle de l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent, lorsque le Preneur a reçu le formulaire concernant les personnes à charge de l'adhérent dans les trente (30) jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent;
 - b. Lorsque l'assuré en fait la demande dans les 30 jours suivant un événement de vie, à la date de réception de la demande par le Preneur. Si l'assuré ne fait pas de demande dans les 30 jours suivant un événement de vie, la personne à charge ne peut pas être ajoutée.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Nonobstant ce qui précède, l'assurance d'une personne à charge qui a été annulée ne peut pas être remise en vigueur. De plus, l'entrée en vigueur de l'assurance de toute personne à charge hospitalisée au moment de la demande est retardée dans tous les cas à la date où elle reçoit son congé de l'hôpital.

En aucun temps, l'assurance des personnes à charge n'entre en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'assurance de l'adhérent.

Obligations du preneur de la police

Il incombe, et est de la responsabilité du preneur de la police de transmettre à l'assureur les demandes d'adhésion et les avis de modification des employés admissibles à l'assurance collective ainsi que les renseignements nécessaires pour déterminer la catégorie d'assurance. Le preneur doit également transmettre à l'assureur les avis de modification dans les soixante (60) jours suivant la date du changement.

Le preneur doit soumettre mensuellement à l'assureur, le détail de l'en vigueur assuré sous ce contrat, incluant les détails et spécifications convenus entre les parties.

En cas de mise à pied temporaire de travail ou de congé sans solde, le preneur de la police doit fournir à l'assureur, sans délai, la liste des adhérents affectés ainsi que la date du début de mise à pied s'il y a une suspension des garanties. Dans ce cas, le preneur doit aussi aviser l'assureur lors de la fin de la mise à pied temporaire de travail ou fin du congé sans solde, incluant la date de réactivation des garanties. La durée de la mise à pied et/ou du congé sans solde est incluse dans la durée minimale de participation prévue au contrat.

Normes de participation

La police d'assurance est soumise aux normes de participation suivantes :

1. pour l'employé ou le membre admissible à l'assurance collective d'un groupe admissible, la participation est facultative,
2. toutefois, un employé ou membre admissible qui adhère doit s'engager à maintenir la couverture offerte par le présent contrat durant une période minimale de deux (2) ans. Advenant un événement de vie durant cette période de deux (2) ans, il pourra modifier la couverture pour ses personnes à charge seulement dans les trente (30) jours suivant cet événement de vie.

Fausses déclarations et omissions

Sous réserve des dispositions de la Loi, toutes fausses déclarations ou toutes omissions de nature à influencer l'appréciation du risque annulent l'assurance de l'adhérent ou de la personne à charge en cause.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Obligation d'informer l'Assureur

La personne assurée a l'obligation de divulguer à l'assureur dans les six (6) mois suivants la date du diagnostic, toute l'information médicale se rapportant à un diagnostic, de signes, symptômes ou investigation menant à un diagnostic de :

1. cancer, couvert ou exclu en vertu de la Garantie Assurance Cancer de l'adhérent

Le défaut de divulguer cette information à l'assureur dans les six (6) mois du diagnostic, accorde à l'assureur le droit de refuser toute demande de prestation pour cancer.

Demande de prestations et paiement

Le preneur ou l'assuré est tenu d'informer par écrit l'assureur du sinistre dans les trente (30) jours suivant la date de l'événement.

Toute demande de prestations doit être détaillée à la satisfaction de l'assureur, produite par écrit et envoyée au siège social de l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours.

Sous réserve de l'obligation d'informer l'assureur, décrite précédemment, le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

De plus, les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestation à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation du contrat.

Tout paiement est fait en monnaie légale du Canada.

Montant de la prime

Le montant de la prime est constitué des primes de chaque adhérent.

Paiement de la prime

La prime est payable d'avance, mensuellement, au siège social de l'assureur. Un délai de trente (60) jours est accordé pour tout paiement.

Le paiement de la prime doit être effectué en une seule remise mensuelle couvrant toutes les primes payables sous ce contrat.

CONDITIONS GÉNÉRALES

En cas de défaut de paiement de la prime pour certains adhérents, le Preneur doit aviser sans délai l'Assureur pour que la protection de ces adhérents soit suspendue.

L'Assureur accepte aussi que la prime facturée aux membres d'un groupe admissible soit calculée sur la même base que celle de son régime collectif, soit sur une base mensuelle ou au prorata du nombre de jours de couverture dans le mois.

Remboursement de la prime

Seuls sont remboursés, les montants résultant de l'ajustement de la prime précédant la réception d'un avis de modification de l'assurance, par l'assureur. Ce remboursement rétroactif ne peut toutefois excéder deux (2) mois de réajustement de la prime à partir de la date à laquelle la demande est reçue chez l'assureur.

Changements de politiques gouvernementales

La prime est établie en tenant compte des prestations payables en vertu des lois sociales actuellement en vigueur. Advenant modification à ces lois affectant les obligations de l'assureur, celui-ci peut ajuster la prime en conséquence, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification.

Fin de l'assurance

1. l'assurance de l'adhérent cesse à la première des dates suivantes :
 - a. à la date de cessation, résiliation ou terminaison de cette police d'assurance;
 - b. à la date où il ne remplit plus les conditions d'admissibilité;
 - c. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
 - d. la date où il atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - e. à la date du décès de l'adhérent.
2. l'assurance des personnes à charge cesse à la première des dates suivantes :
 - a. à la date où l'adhérent cesse lui-même d'être assuré;
 - b. à la date à laquelle la personne à charge perd ce statut;
 - c. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
 - d. à la date où la personne à charge atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - e. à la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat;
 - f. à la date du décès de la personne à charge.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Fin de la police d'assurance

Lorsque la police est en vigueur, celle-ci prend fin :

1. à la date de réception, par l'assureur, d'un avis écrit du preneur ou à la date indiquée dans cet avis si ultérieure à la date de réception;
2. sous réserve des dispositions de la loi, à la date indiquée sur l'avis de terminaison donné par l'assureur au preneur;
3. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce.

Continuité de l'assurance (congé sans solde et mise à pied temporaire)

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance de tout adhérent et de ses personnes à charge est maintenue en vigueur en continuant le paiement des primes. Si le contrat d'assurance collective du groupe admissible permet la suspension de la garantie d'assurance-maladie durant un congé sans solde ou une mise à pied temporaire, la couverture peut être suspendue à la demande du preneur pendant une période maximale de douze (12) mois. Pour bénéficier de ce privilège, le Preneur doit recevoir la demande dans les trente (30) jours qui suivent immédiatement le début de la période d'absence et ce choix n'est pas modifiable durant la période d'absence.

Continuité de l'assurance (congé de compassion d'Humania Assurance)

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance de tout adhérent absent du travail dans le cadre d'un congé de compassion est maintenue en vigueur pendant le délai de carence ainsi que pendant la période durant laquelle l'assuré reçoit des prestations de compassion. Cette continuation de couverture est applicable sous réserve du maintien du lien d'emploi et du paiement des primes.

Remise en vigueur

L'assurance de tout adhérent, mis à pied temporairement ou en congé autorisé par l'employeur, annulée pendant sa période d'absence, peut être remise en vigueur à la condition que cette période d'absence n'excède pas trois (3) mois, et que la demande à cet effet soit reçue par l'assureur dans les trente (30) jours suivants immédiatement la date du retour au travail.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Grève ou lock-out

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance frais médicaux de tout adhérent et de ses personnes à charge est maintenue en vigueur pendant un minimum de trente (30) jours, à compter de la date d'arrêt de travail dû à une grève ou à un lock-out. Les autres garanties sont suspendues pendant toute la durée de l'arrêt de travail, à moins d'entente écrite entre le preneur et l'assureur.

Renouvellement

La police se renouvelle automatiquement d'année en année à la date de renouvellement par période de douze (12) mois, sauf si un avis écrit de non-renouvellement ou de modification est transmis par l'assureur au preneur ou à son mandataire connu, au moins cent-vingt (120) jours avant la date de renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de modifier les taux de primes en tout temps en présence de changements ayant des conséquences sur les coûts de souscription ou de service de la police collective tels que :

1. Modification dans la nature du risque couvert;
2. Changement demandé par le titulaire;

Contrat

La police, la proposition d'assurance et les demandes d'assurance des adhérents constituent le contrat.

Lorsqu'il est fait mention d'une date pour la prise d'effet, la cessation ou la modification de toute garantie, la prise d'effet a lieu à cette date à 00:01 heure, au lieu de l'emploi de l'adhérent.

Cession

Ni la police, ni l'assurance d'un adhérent ne peuvent être cédées ou hypothéquées.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE CANCER DE L'ADHÉRENT

Sous-groupes 00 – 01 – 02 – 03 – 04 – 05 – 06 – 07 – 08 – 09

Catégories 1 – 2

Lorsqu'une personne assurée est diagnostiquée d'un cancer couvert en vertu du présent contrat et que ce cancer ne résulte pas d'une affection préexistante, l'assureur paie, en autant que la garantie soit en vigueur, le montant assuré d'assurance cancer pour cette personne assurée, sous réserve des dispositions de la présente garantie et de celles du contrat.

Cette indemnité de cancer n'est toutefois payable que si la personne assurée est toujours vivante après une période de survie de trente (30) jours après la date du diagnostic ou pendant le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée, excluant le nombre de jours pendant lesquels la personne est maintenue en vie artificiellement.

À la suite du premier versement du capital assuré pour une maladie grave couverte, la couverture de la personne assurée atteinte de la maladie grave est maintenue pourvu que le paiement de la prime se poursuive. L'assureur verse le montant d'assurance à nouveau si la personne assurée est atteinte d'un autre cancer couvert, sous réserve d'un maximum de deux (2) prestations à vie et sous réserve des modalités, exclusions ainsi que des limitations inscrites à la section « Limitations se rattachant au versement de cette deuxième prestation de cancer ».

Conditions préexistantes

Aucune prestation d'assurance cancer n'est payable lorsque la maladie grave résulte directement ou indirectement, d'une affection préexistante et que cette maladie grave est diagnostiquée chez la personne assurée durant la période de vingt-quatre (24) mois suivant la date du début de la présente garantie ou de la date de sa dernière réintégration.

Une affection préexistante est une maladie ou une affection dont les symptômes se sont manifestés au cours de la période de vingt-quatre (24) mois précédant la date du début de la garantie ou la date de la remise en vigueur et pour laquelle:

- la personne assurée a reçu un diagnostic ou a été traité, hospitalisé ou suivi par un médecin ou tout autre professionnel de la santé;
- on a conseillé à la personne assurée de se faire traiter ou de consulter un médecin ou un professionnel de la santé;
- une personne prudente et raisonnable aurait demandé un traitement ou consulté un médecin ou tout autre professionnel de la santé;
- la personne assurée a reçu une ordonnance ou a montré des signes ou des symptômes ou a subi des tests ou des examens.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE CANCER DE L'ADHÉRENT

MALADIE ADMISSIBLE

1. **Cancer (mettant la vie en danger)** : diagnostic formel d'une tumeur qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusions :

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet de la garantie ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur si cette date est postérieure, la personne assurée :

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

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

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

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE CANCER DE L'ADHÉRENT

- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Aux fins du contrat, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le *Manuel de stadification du cancer* (7^e édition, 2010) de l'*American Joint Committee on Cancer* (AJCC).

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

2. Cancers non mortels (Prestations Partielles):

4.1 Carcinome intracanalair non infiltrant

Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

4.2 Cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b)

Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique des tissus de la prostate.

4.3 Mélanome malin de stade 1A

Mélanome malin d'épaisseur égale ou inférieure à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases. Le diagnostic de cette maladie doit être posé par un spécialiste et confirmé par biopsie.

Exclusion:

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer non mortels (prestations partielles) » si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'effet de la garantie ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur si cette date est postérieure, la personne assurée :

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

Le montant de l'indemnité payable pour un cancer non mortel correspond à dix pour cent (10%) du capital assuré. Le paiement partiel est soumis à une période d'attente de quatre-vingt-dix (90) jours. Cette prestation n'est payable qu'une seule fois alors que la garantie est en vigueur, et est soustraite de toute autre indemnité payable en vertu de la présente garantie.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE CANCER DE L'ADHÉRENT

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Conditions reliées au paiement

- **Diagnostic au Canada**

Sous réserve de ce qui est stipulé ci-dessous, 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(e) 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 la personne assurée 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.

Période de survie

L'indemnité de cancer n'est payable qu'après la période de survie de trente (30) jours de la date du diagnostic ou le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE CANCER DE L'ADHÉRENT

Affections préexistantes

Aucune indemnité n'est payable durant la période de vingt-quatre (24) mois suivant la date de début de son assurance ou de la date de sa dernière remise en vigueur, si le cancer couvert résulte directement ou indirectement d'une affection préexistante.

Récidive de cancer

Le capital assuré sera versé une seule fois pour tous les cancers résultant d'une même maladie ou d'une maladie connexe sous réserve des limitations applicables au versement d'une deuxième indemnité de cancers couverts.

LIMITATIONS APPLICABLES AU VERSEMENT D'UNE DEUXIÈME INDEMNITÉ POUR L'ASSURÉ

1. Suite au premier versement du capital assuré pour cancer (mettant la vie en danger et cancer non mortel) : l'assuré ne peut réclamer pour un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b), carcinome canalaire in situ du sein, mélanome malin au stade 1A. De plus, l'assuré ne peut réclamer pour un deuxième diagnostic de cancer (mettant la vie en danger et cancer non mortels) ou une récurrence d'un même cancer que si :
 - a) Plus de soixante (60) mois se sont écoulés depuis le diagnostic antérieur de cancer; et
 - b) Aucun traitement se rapportant directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant les soixante (60) mois suivants le diagnostic antérieur de cancer (le traitement n'inclut pas de médicaments préventifs et les suivis normaux par un médecin); et
 - c) Le diagnostic subséquent est fait pendant que la couverture est en vigueur.

EXCLUSIONS

Aucune indemnité de cancer 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'alcoolisme ou d'usage d'hallucinogènes, de drogues ou de stupéfiants;

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE CANCER DE L'ADHÉRENT

- du service, comme combattant ou non combattant, au sein de 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;
- durant la période de survie de trente (30) jours de la date du diagnostic de la maladie grave ou le délai spécifique de la maladie couverte diagnostiquée.

Aucune indemnité n'est payable durant la période de vingt-quatre (24) mois suivant la date du début de son assurance ou de la date de sa dernière réintégration, qui découle directement ou indirectement d'une affection préexistante pour les assurés assujettis à cette restriction.

Aucune prestation ne sera payable pour tout cancer, pour toute la durée de la garantie si la date du diagnostic de n'importe quel cancer couvert ou exclu par la présente garantie survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou de 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 survient dans les premiers quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de prise d'effet de la garantie ou sa remise en vigueur.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales de la police s'appliquent à cette garantie.

Terminaison :

Lorsque la garantie d'assurance cancer de l'adhérent est en vigueur, celle-ci prend fin à la première des dates suivantes :

1. lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans;
2. au décès de l'adhérent;
3. à la date où une deuxième indemnité de cancer est versée, à l'exception de l'indemnité en vertu d'un cancer non mortel;
4. à la date d'annulation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE SOINS DE LA VUE

(au Canada)

Sous-groupes 00 – 01 – 02 – 03 – 04 – 05 – 06 – 07 – 08 – 09

Catégories 1 – 2

Lorsque l'adhérent ou la personne à charge est couvert(e) par la présente garantie, les montants admissibles suivants sont remboursés pour chacune des personnes assurées, sujets à la franchise et à la coassurance indiquées au Sommaire des garanties.

Frais non-partagés

LUNETTES ET LENTILLES

Sur ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste licencié, sont remboursés les frais suivants :

- a. Les lunettes, les lentilles cornéennes : jusqu'à concurrence de 400 \$ par période de vingt-quatre (24) mois à l'exclusion des lunettes de soleil, des lunettes de sécurité ou des lunettes pour fins esthétiques;

AUTRES SOINS DE LA VUE

Sur ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste licencié, sont remboursés les frais suivants jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de 48 mois :

1. Soins et traitements liés à la vision :

- a. Examens de la vue effectués par un professionnel de la santé (optométriste ou ophtalmologiste);
- b. Traitements au laser (LASIK, PRK, etc.);
- c. Injections intraoculaires (DMLA, rétinopathie diabétique);
- d. Chirurgies oculaires (cataractes, glaucome, rétine).

2. Aides pour basse vision :

- a. Loupe optique;
- b. Aide visuelle de technologie d'assistance.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE SOINS DE LA VUE

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
2. les frais couverts par un régime gouvernemental, même si l'assuré n'est pas admissible à un tel régime, ou à tout autre régime d'assurance incluant les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
3. les services rendus par un parent ou un ami de l'assuré, sauf dans les cas expressément stipulés aux présentes;
4. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
5. les frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;

Coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais engagés.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
2. le régime qui couvre un assuré en tant qu'employé a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE SOINS DE LA VUE

3. lorsqu'un assuré est couvert par plus d'un régime, l'ordre de paiement est le suivant :
- a. premier payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à plein temps;
 - b. deuxième payeur; le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à temps partiel;
 - c. troisième payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que retraité; ou
4. lorsqu'une personne est couverte en tant que conjoint, l'ordre de préséance est le suivant :
- a. premier payeur : le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif le protégeant en tant que personne à charge.
- Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
- a. premier payeur : le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps;
 - b. deuxième payeur : l'autre régime.
5. Lorsque des enfants à charge sont couverts par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
- a. premier payeur : le régime collectif d'un parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;
 - c. troisième payeur : si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau parent n'entre en jeu. Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur.

Dans le cas de garde exclusive d'un enfant à charge, l'ordre de préséance est le suivant :

- a. premier payeur : le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
- b. deuxième payeur : le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
- c. troisième payeur : le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge;
- d. quatrième payeur : le régime collectif du conjoint du parent « troisième payeur ».

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE SOINS DE LA VUE

Terminaison

Lorsque la garantie d'assurance soins de la vue est en vigueur, celle-ci prend fin lorsque l'adhérent atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE LA FRACTURE

Sous-groupes 00 – 01 – 02 – 03 – 04 – 05 – 06 – 07 – 08 – 09

Catégories 1 – 2

En cas de fracture subie à la suite d'un accident, par la personne assurée en vertu de la police-cadre, l'Assureur paie l'indemnité mentionnée ci-dessous.

<u>TYPE DE FRACTURE</u>	<u>INDEMNITÉ</u>
Crâne	1 500\$
Colonne vertébrale	1 500\$
Bassin	1 500\$
Fémur	1 500\$
Hanche	1 500\$
Côte	450\$
Sternum	450\$
Larynx	450\$
Trachée	450\$
Omoplate	450\$
Humérus	450\$
Rotule	450\$
Tibia	450\$
Péroné	450\$
Tout autre os	225\$

Bénéficiaire

Le bénéficiaire est l'adhérent. Aucune autre personne physique ou morale ne peut en bénéficier.

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE LA FRACTURE

Limitations

La fracture doit être diagnostiquée par un médecin et confirmée par une radiographie au cours des 30 jours suivant l'accident. Si aucune radiographie n'est présentée à l'Assureur, l'indemnité est alors limitée à 50% du montant prévu. Les indemnités ne sont pas cumulatives. En cas de fractures multiples, l'assureur paie l'indemnité pour la fracture donnant droit au montant le plus élevé. En conséquence, une seule des indemnités décrites précédemment est payée et cette indemnité est payable à la condition que l'assuré soit toujours vivant à l'expiration de la période de 30 jours suivant immédiatement l'accident. Quel que soit le nombre de protection(s) La Fracture en vigueur auprès de Humania Assurance, dans l'éventualité où le montant détenu par l'adhérent est supérieur à 10 000 \$, l'indemnité payable par l'assureur sera limitée à 10 000 \$. Le montant total des indemnités payables par l'assureur par assuré, pour un seul et même événement en vertu de la protection Fracture, ne peut être supérieur à 10 000 \$.

Exclusions

Aucune des indemnités n'est payable si la fracture résulte :

1. Du fait personnel de l'assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non;
2. De la participation de l'assuré à un acte illégal ou criminel, ou du fait qu'il conduise un véhicule à moteur ou un bateau sous l'influence de stupéfiants ou alors que la concentration d'alcool dans son sang excède la limite légale;
3. De la participation de l'assuré à une manifestation populaire, une insurrection, une guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou de tout acte s'y rattachant;
4. Directement ou indirectement, d'une déficience physique, mentale ou nerveuse de l'assuré;
5. De toxicomanie, d'alcoolisme ou d'usage d'hallucinogènes, de drogues ou de stupéfiants;
6. De blessures subies au cours d'un voyage aérien, sauf si l'assuré est passager d'un aéronef utilisé par un transporteur public;
7. De la participation de l'assuré à une course, à une épreuve ou à un concours de vitesse en automobile, en motocyclette, en moto-cross ou à bord de tout véhicule ou embarcation motorisée, ainsi que toute activité s'y rapportant;
8. D'une blessure résultant de la pratique de l'aviation, du parachutisme, de la plongée sous-marine, du delta-plane, de rodéo, de sports extrêmes;
9. De blessures subies avant la prise d'effet de la couverture;
10. De la pratique d'un sport pour lequel l'assuré reçoit une rémunération ou une bourse.

AVIS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Humania Assurance constituera un dossier d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier.

Votre dossier sera détenu dans nos bureaux du siège social.

Vous avez droit d'accéder aux renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de l'accès à l'information
Humania Assurance Inc.,
1555, rue Girouard Ouest
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6