

Assuré: M. XXX
N° Police: HLTCXXXXX

Votre contrat est composé de la présente police, de la copie de la proposition et tout avis de modification ou amendement en annexes

Assistance soins à domicile

Contrat d'assurance
Assistance soins à domicile

Veuillez lire attentivement votre Police, la copie de la proposition. 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.

Délai de 10 jours pour examen

Dans les dix (10) jours qui suivent la réception du présent contrat, vous pouvez nous le retourner ou le retourner au représentant de qui vous l'avez acheté. La prime versée vous sera alors remboursée, et le contrat sera réputé nul depuis la date d'émission

Signé au siège social d'Humania Assurance Inc., Saint-Hyacinthe, Québec, Canada



Nicolas Moskiou
Président et chef de la direction



Dimitri Georgoulas
Vice-président principal, Finances et Trésorier

SPÉCIMEN

Description de la police**Nom et adresse du Titulaire**

M. ABC
3 Rue Turgeon
Ste-Thérèse, Qc, J7E 3H2

No. de police :

HLTCXXXXX

Date de

renouvellement:

(JJ) (MOIS) de chaque année

Assuré (s)

	Nom	Âge à l'émission
Assuré	M. ABC	61

Produit

Assistance soins à domicile

Date d'effet

XX-XX-XXXX

Sommaire des garanties et primes**Description****Date d'effet****Prime mensuelle****Assistance soins à domicile**

Plan 1

XX-XX-XXXX

XX.XX\$

Prime mensuelle totale :

XX.XX \$

Prime annuelle totale :

XXX.XX \$

Signataire autorisé :



Cathy Leclair

Directrice, administration, assurance individuelle

SPÉCIMEN

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

PLAN A

Sommaire des garanties

Protection	Coassurance	Maximum annuel
------------	-------------	----------------

Prestations payables si la personne assurée est dépendante sur le plan fonctionnel

Soins professionnels

Audiologiste	90 %	1 250 \$ par année civile
Diététiste	90 %	1 250 \$ par année civile
Naturopathe ou ostéopathe	90 %	1 250 \$ par année civile
Ergothérapeute	90 %	1 250 \$ par année civile
Physiothérapeute	90 %	1 250 \$ par année civile
Podiatre ou podologue	90 %	1 250 \$ par année civile
Inhalothérapeute	90 %	1 250 \$ par année civile
Psychologue	90 %	1 250 \$ par année civile
Orthophoniste	90 %	1 250 \$ par année civile

Autres frais

Couverts à 100 %

Système de surveillance	100 %	1 000 \$ par année civile
Indemnité de déménagement	100 %	1 000 \$ à vie
Transformation de la résidence	100 %	10 000 \$ à vie
Repas	100 %	500 \$ par mois
Location ou achat d'équipements	100 %	Illimité
Répit	100 %	3 000 \$ par année civile
Frais de déplacement	100 %	750 \$ par année
Soutien pour un aidant naturel	100 %	1 250 \$ par année
Infirmier privé ou préposé aux services de soutien à la personne	100 %	100 \$ par jour, maximum de 200 jours par année civile

Autres frais

Couverts à 90 %

Chaussures orthopédiques	90 %	Illimité
Prothèses mammaires externes	90 %	300 \$ par période de 24 mois
Fournitures suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie	90 %	Illimité
Neurostimulateur transcutané (TENS)	90 %	500 \$ par période de 36 mois
Bâtonnets réactifs, seringues et aiguilles	90 %	Illimité
Dextromètre ou un glucomètre et fournitures pour diabétiques	90 %	Illimité
Appareil auditif	90 %	500 \$ par période de 36 mois
Prothèses capillaires (perruques)	90 %	300 \$ à vie
Bas pour varices ou phlébites	90 %	2 paires par année civile
Appareil maxi-mist (incluant les masques) ou d'un appareil CPAP	90 %	500 \$ à vie
Location ou l'achat d'un fauteuil roulant non motorisé, d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital (excluant le matelas) ou de béquilles	90 %	5 000 \$ à vie
Fournitures médicales	90 %	1 500 \$ par année
Fournitures pour incontinence - intestins et/ou vessie	90 %	1 500 \$ par année

MAXIMUM À VIE	75 000 \$
----------------------	------------------

*Le montant maximum à vie correspond au montant total maximal des prestations payables par la présente police d'assurance à un assuré, toutes garanties confondues, pour l'ensemble de la durée de validité du contrat. Le versement de toute prestation réduit d'autant le montant maximal à vie disponible. Une fois ce montant atteint, aucune autre prestation n'est payable, et ce, sans égard aux limites annuelles ou aux limites spécifiques par garantie prévues au contrat.

SPÉCIMEN

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

PLAN B

Sommaire des garanties

Protection	Coassurance	Maximum annuel
------------	-------------	----------------

Prestations payables si la personne assurée est dépendante sur le plan fonctionnel

Soins professionnels

Audiologiste	100 %	1 500 \$ par année civile
Diététiste	100 %	1 500 \$ par année civile
Naturopathe ou ostéopathe	100 %	1 500 \$ par année civile
Ergothérapeute	100 %	1 500 \$ par année civile
Physiothérapeute	100 %	1 500 \$ par année civile
Podiatre ou podologue	100 %	1 500 \$ par année civile
Inhalothérapeute	100 %	1 500 \$ par année civile
Psychologue	100 %	1 500 \$ par année civile
Orthophoniste	100 %	1 500 \$ par année civile

Autres frais

Couverts à 100 %

Système de surveillance	100 %	1 250 \$ par année civile
Indemnité de déménagement	100 %	1 000 \$ à vie
Transformation de la résidence	100 %	15 000 \$ à vie
Repas	100 %	700 \$ par mois
Location ou achat d'équipements	100 %	Illimité
Répit	100 %	3 000 \$ par année civile
Frais de déplacement	100 %	1 000 \$ par année
Soutien pour un aidant naturel	100 %	1 500 \$ par année
Infirmier privé ou préposé aux services de soutien à la personne	100 %	120 \$ par jour, maximum de 200 jours par année civile

Autres frais

Couverts à 100 %

Chaussures orthopédiques	100 %	Illimité
Prothèses mammaires externes	100 %	300 \$ par période de 24 mois
Fournitures suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie	100 %	Illimité
Neurostimulateur transcutané (TENS)	100 %	500 \$ par période de 36 mois
Bâtonnets réactifs, seringues et aiguilles	100 %	Illimité
Dextromètre ou un glucomètre et fournitures pour diabétiques	100 %	Illimité
Appareil auditif	100 %	500 \$ par période de 36 mois
Prothèses capillaires (perruques)	100 %	300 \$ à vie
Bas pour varices ou phlébites	100 %	2 paires par année civile
Appareil maxi-mist (incluant les masques) ou d'un appareil CPAP	100 %	500 \$ à vie
Location ou l'achat d'un fauteuil roulant non motorisé, d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital (excluant le matelas) ou de béquilles	100 %	7 500 \$ à vie
Fournitures médicales	100 %	1 500 \$ par année
Fournitures pour incontinence - intestins et/ou vessie	100 %	1 500 \$ par année

MAXIMUM À VIE

125 000 \$

*Le montant maximum à vie correspond au montant total maximal des prestations payables par la présente police d'assurance à un assuré, toutes garanties confondues, pour l'ensemble de la durée de validité du contrat. Le versement de toute prestation réduit d'autant le montant maximal à vie disponible. Une fois ce montant atteint, aucune autre prestation n'est payable, et ce, sans égard aux limites annuelles ou aux limites spécifiques par garantie prévues au contrat.

SPÉCIMEN

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

PLAN C

Sommaire des garanties

Protection	Coassurance	Maximum annuel
------------	-------------	----------------

Prestations payables si la personne assurée est dépendante sur le plan fonctionnel

Soins professionnels

Audiologiste	100 %	1 750 \$ par année civile
Diététiste	100 %	1 750 \$ par année civile
Naturopathe ou ostéopathe	100 %	1 750 \$ par année civile
Ergothérapeute	100 %	1 750 \$ par année civile
Physiothérapeute	100 %	1 750 \$ par année civile
Podiatre ou podologue	100 %	1 750 \$ par année civile
Inhalothérapeute	100 %	1 750 \$ par année civile
Psychologue	100 %	1 750 \$ par année civile
Orthophoniste	100 %	1 750 \$ par année civile

Autres frais

Couverts à 100 %

Système de surveillance	100 %	2 000 \$ par année civile
Indemnité de déménagement	100 %	1 500 \$ à vie
Transformation de la résidence	100 %	20 000 \$ à vie
Repas	100 %	1 000 \$ par mois
Location ou achat d'équipements	100 %	Illimité
Répît	100 %	6 000 \$ par année civile
Frais de déplacement	100 %	1 500 \$ par année
Soutien pour un aidant naturel	100 %	2 000 \$ par année
Infirmier privé ou préposé aux services de soutien à la personne	100 %	160 \$ par jour, maximum de 250 jours par année civile

Autres frais

Couverts à 100 %

Chaussures orthopédiques	100 %	Illimité
Prothèses mammaires externes	100 %	300 \$ par période de 24 mois
Fournitures suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie	100 %	Illimité
Neurostimulateur transcutané (TENS)	100 %	500 \$ par période de 36 mois
Bâtonnets réactifs, seringues et aiguilles	100 %	Illimité
Dextromètre ou un glucomètre et fournitures pour diabétiques	100 %	Illimité
Appareil auditif	100 %	500 \$ par période de 36 mois
Prothèses capillaires (perruques)	100 %	300 \$ à vie
Bas pour varices ou phlébites	100 %	2 paires par année civile
Appareil maxi-mist (incluant les masques) ou d'un appareil CPAP	100 %	500 \$ à vie
Location ou l'achat d'un fauteuil roulant non motorisé, d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital (excluant le matelas) ou de béquilles	100 %	7 500 \$ à vie
Fournitures médicales	100 %	1 500 \$ par année
Fournitures pour incontinence - intestins et/ou vessie	100 %	2 000 \$ par année

MAXIMUM À VIE

200 000 \$

*Le montant maximum à vie correspond au montant total maximal des prestations payables par la présente police d'assurance à un assuré, toutes garanties confondues, pour l'ensemble de la durée de validité du contrat. Le versement de toute prestation réduit d'autant le montant maximal à vie disponible. Une fois ce montant atteint, aucune autre prestation n'est payable, et ce, sans égard aux limites annuelles ou aux limites spécifiques par garantie prévues au contrat.

SPÉCIMEN

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

TABLE DES MATIÈRES

SPÉCIFICATION DE LA POLICE	
SOMMAIRE DES GARANTIES	
PARTIE A - DÉFINITIONS	
DÉFINITIONS	1
PARTIE B - GARANTIE ASSISTANCE SOINS À DOMICILE	
INDEMNITÉS	5
LIMITATIONS.....	5
PRIME.....	5
AJUSTEMENTS DUS À L'EXPÉRIENCE	5
RENOUVELLEMENT	5
FRAIS ADMISSIBLES.....	6
FRAIS ADMISSIBLES POUR UN ASSURÉ DÉPENDANT SUR LE PLAN FONCTIONNEL	6
SOINS PROFESSIONNELS	6
AUTRES FRAIS	6
COORDINATION DES PRESTATIONS	8
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	9
PARTIE C – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
CONTRAT	10
DATE D'EFFET.....	10
EXONÉRATION DES PRIMES	10
EXCLUSIONS	10
DÉLAI DE GRÂCE	10
DÉCHÉANCE	11
ÂGE	11
PARTICIPATION	11
REMISE EN VIGUEUR	11
DEMANDE DE PRESTATION ET PAIEMENT	11
REMBOURSEMENT DES RÉCLAMATIONS APRÈS LA TERMINAISON DE LA POLICE	11
ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	11
CESSION OU GAGE	12
ADMISSIBILITÉ	12

RENONCIATION	12
SUBROGATION ET REMBOURSEMENT – RESPONSABILITÉ D’UN TIERS	12
DIVULGATION	12
INCONTESTABILITÉ	12
FIN DE LA POLICE ET DES GARANTIES	13
CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE	13
RÈGLEMENT DE LA POLICE	13
REMBOURSEMENT	13
RECOUVREMENT	13
MONNAIE LÉGALE	13
DROIT D’ANNULATION	13
CONFORMITÉ AVEC LA LOI	13
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	14

AUTRES DOCUMENTS JOINTS

AVENANTS	
PROPOSITION	

PARTIE A - DÉFINITIONS

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

Accident : signifie un 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*.

Activités de la vie quotidienne : signifie l'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.

Aidant naturel : signifie une personne qui, sans agir dans un cadre professionnel, apporte de façon régulière et significative un soutien ou des soins à un *Assuré Dépendant sur le plan fonctionnel*, qu'elle soit bénévole ou qu'elle ait quitté un emploi rémunéré pour assumer ce rôle.

Aide physique immédiate : signifie que la présence constante et immédiate d'une tierce personne est requise afin que l'*Assuré* puisse accomplir entièrement et en toute sécurité les activités de se laver ou de se déplacer, cette personne devant être en mesure d'intervenir physiquement sans délai.

L'*Assuré* est considéré en situation de *Dépendance fonctionnelle* lorsqu'il requiert une *Aide physique immédiate* pour l'une de ces activités et une aide physique importante pour au moins une autre *Activité de la vie quotidienne*.

Appareils ou accessoires fonctionnels : désigne les appareils ou accessoires qui pourraient faciliter vos *Activité de la vie quotidienne*. Si le fait d'utiliser un *Appareil ou accessoire fonctionnel* vous permet d'effectuer une *Activité de la vie quotidienne* entièrement et en toute sécurité, vous n'êtes pas considéré comme ayant une perte d'autonomie pour cette activité.

Les *Appareils ou accessoires fonctionnels* comprennent, sans s'y limiter : les lits réglables, les crochets à boutons, les cannes, les béquilles, les barres d'appui, les pommes de douche manuelles, les brosses pour le bain, les sièges élévateurs, les bancs de transfert, les marchettes et les fauteuils roulants.

Assurabilité : désigne l'état de l'*Assuré* qui rencontre les exigences de l'*Assureur* pour souscrire à cette *Police* quant à l'admissibilité et l'état de santé.

Assuré ou Personne assurée : la personne désignée comme telle sur la *Proposition* d'assurance.

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

Avenant : signifie tout document identifié comme « Avenant » qui prévoit des garanties additionnelles souscrites par l'Assuré et qui est émis et approuvé par l'Assureur et fait partie intégrante de la Police seulement s'il est indiqué dans la description de la Police.

Bénéficiaire : à moins d'indication contraire, le Bénéficiaire par défaut est l'Assuré ou celui désigné par le Titulaire.

Blessure : signifie une 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.

Centre de convalescence : désigne un centre destiné aux malades qui sont dans la période de transition entre la fin de la période active d'une affection et le retour à la santé. Ce lieu, afin d'être considéré un Centre de convalescence, doit remplir chacune des conditions suivantes :

- être admissible à recevoir des paiements conformément aux dispositions de la loi provinciale sur les soins médicaux ;
- être géré selon les lois applicables de la juridiction où il se situe ;
- avoir un Médecin autorisé et un personnel d'infirmiers autorisés de service 24 heures sur 24 ;
- procurer séjour, pension et soins infirmiers durant la période de convalescence pour la Maladie ou une Blessure ;
- être autorisé à administrer des médicaments aux patients selon les directives ou recommandations d'un Médecin ;
- maintenir un dossier médical pour chaque patient ; et
- ne pas être une résidence pour personnes âgées, un foyer de soins, de maternité, un Établissement pour personnes aveugles, sourdes, alcooliques, toxicomanes ou pour personnes incapables de consentir.

Classe de risque : désigne les caractéristiques de l'Assuré déterminant le taux de prime d'une protection. Les Classes de risque sont basées sur le sexe, l'âge et l'état de santé.

Conjoint : désigne la personne

1. qui est mariée avec l'Assuré et cohabite avec lui : où
2. qui vit maritalement avec l'Assuré depuis au moins douze (12) mois consécutifs (ou immédiatement si un Enfant est né de leur union) et répond aux critères suivants :
 - a. est désignée sur le formulaire « Déclaration d'état matrimonial » au titre de Conjoint ; 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.

Coassurance : désigne le pourcentage des Frais admissibles remboursés par l'Assureur au Bénéficiaire pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

Dentiste : désigne un Professionnel de la santé spécialisé dans le diagnostic, la prévention et le traitement des Maladies et affections touchant les dents, les gencives et la cavité buccale.

Dépendant sur le plan fonctionnel : signifie que l'Assuré est incapable d'accomplir au moins deux (2) Activités de la vie quotidienne, ou que ses Facultés mentales sont détériorées ou qu'elle a besoin d'une Aide physique immédiate pour se laver ou se déplacer. Pour être considéré comme étant Dépendant sur le plan fonctionnel, l'Assuré doit également, le cas échéant, suivre les traitements recommandés par un Professionnel de la santé lorsque de tels traitements sont prescrits.

Détérioration des facultés mentales (troubles cognitifs) : signifie qu'il est nécessaire d'être constamment surveillé par une autre personne pour protéger la santé et la sécurité physiques en raison de la détérioration ou de la perte :

- de la mémoire à court terme ;
- de l'orientation dans le temps et dans l'espace et de la capacité de reconnaître les personnes ;

- de la capacité de raisonner ; et
- de porter un jugement en ce qui a trait à la conscience du danger.

La Détérioration des facultés mentales doit être causée par une Maladie cérébrale d'origine organique, comme la Maladie d'Alzheimer et la démence irréversible, ou par un traumatisme crânien. Le diagnostic doit être établi par un Médecin.

Enfant : désigne toute personne ayant un lien de filiation direct avec l'Assuré ou avec son Conjoint, qu'il soit issu de la naissance, d'une union précédente ou d'une adoption légale. Sont également considérés comme Enfant aux fins de la présente Police, les petits-enfants de l'Assuré ou de son Conjoint.

Établissement : désigne un centre de soins de longue durée qui offre des services d'hébergement et/ou d'assistance et/ou de soutien et/ou de surveillance et/ou des services psychologiques à l'Assuré souffrant d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychologique.

Famille immédiate : désigne le Conjoint, la Conjointe, l'Enfant, le frère, la sœur, le parent, le grand-parent ou le petit-enfant de l'Assuré.

Frais admissibles : désigne les frais encourus par l'Assuré pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- sont des Frais raisonnables, ordinaires et habituels ;
- sont recommandés, approuvés ou prescrits par un Professionnel de la santé ;
- sont approuvés par l'Assureur ;
- excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou Régime gouvernemental ;
- n'ont pas été fournis par une personne qui habitait avec l'Assuré avant que l'Assuré devienne Dépendant sur le plan fonctionnel ou qui fait partie de sa Famille immédiate, qui est partenaire d'affaires ou qui est son employeur ; et
- ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

Les frais raisonnables, ordinaires et habituels : signifie les honoraires ou les frais qui ne dépassent pas le tarif généralement exigé par d'autres professionnels, Établissements de santé similaires ou pharmacies de la même région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables. Ces frais sont fixés annuellement ou plus fréquemment par l'Assureur.

Hôpital : désigne une 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.

Hospitalisation : désigne une admission pour un séjour à l'Hôpital :

- pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents ; ou
- pour une chirurgie qui n'est pas principalement de nature esthétique.

Infirmier privé : désigne un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé qui est inscrit auprès de son association professionnelle respective.

Maladie : signifie une 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 : désigne 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, le Bénéficiaire ou le Titulaire.

Police : désigne le présent contrat, la Proposition relative à cette Police, tout avis de modification de remise en vigueur ou amendement annexé à ce contrat.

Professionnel de la santé : désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer une profession pour laquelle des services médicaux sont administrés. Les Professionnels de la santé incluent les Médecins, les pharmaciens, les Dentistes, les infirmiers praticiens ou tout autre professionnel approuvé par l'Assureur.

Proposition : signifie toute Proposition d'assurance jointe à la Police.

Régimes gouvernementaux : signifie l'ensemble des Régimes gouvernementaux provinciaux, territoriaux et fédéraux ou tout autre régime ou loi donnant droit à des prestations de Soins à domicile, desquels l'Assuré a droit de tirer des prestations.

Résident canadien : désigne une 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.

Services diagnostiques : désigne les examens et tests médicaux nécessaires afin d'identifier la nature ou l'étendue d'une Maladie ou d'une Blessure et qui sont administrés à l'Assuré dans les bureaux d'un Médecin ou d'un Dentiste, dans un Hôpital ou encore dans un Établissement privé de soins de santé préalablement approuvé par l'Assureur, lorsque ces examens et tests ont été prescrits par un Médecin, un Dentiste ou un infirmier praticien.

Soins à domicile : désigne des services de santé et de soins personnels prodigués par un Professionnel de la santé, à l'extérieur d'un Établissement ou d'un Hôpital. Les Soins à domicile signifient que l'Assuré est Dépendant sur le plan fonctionnel et qu'il réside dans une résidence privée ou tout autre lieu qui ne correspond ni à la définition d'Établissement ni à celle d'Hôpital prévues au présent contrat.

Sommaire des garanties : désigne le Sommaire des garanties annexé à la présente Police.

Titulaire : désigne la personne qui a la propriété de cette Police.

PARTIE B – GARANTIE ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

INDEMNITÉS

Pourvu que cette garantie soit en vigueur, lorsque l'Assuré est considéré Dépendant sur le plan fonctionnel, réside dans une résidence privée et engage des frais pour des Soins à domicile, l'Assureur rembourse, selon les modalités de règlement indiquées au Sommaire des garanties et toutes les autres dispositions de la Police, les Frais admissibles tels que décrits à la clause de Frais admissibles de la présente Partie B.

La présente garantie ne couvre pas l'Assuré résidant, de façon permanente ou temporaire, dans un Établissement de soins, notamment un Hôpital, un Centre de convalescence public ou privé ou tout autre Établissement similaire.

La présente garantie n'a pas pour effet de remplacer les Régimes gouvernementaux d'assurance maladie ou d'assurance hospitalisation de la province de résidence de l'Assuré, ni tous autres Régimes gouvernementaux.

LIMITATIONS

L'Assureur paie les prestations admissibles jusqu'à concurrence :

- des sous-limites applicables à chacun des types de frais, telles qu'indiquées au Sommaire des garanties ; et
- du montant maximal à vie indiqué au Sommaire des garanties.

Le montant maximal à vie correspond au montant total maximal des prestations payables par la présente Police d'assurance au Bénéficiaire, toutes garanties confondues, pour l'ensemble de la durée de validité du contrat. Le versement de toute prestation réduit d'autant le montant maximal à vie disponible. Une fois ce montant atteint, aucune autre prestation n'est payable, et ce, sans égard aux limites annuelles ou aux limites spécifiques par garantie prévues au contrat.

PRIME

Le montant de la prime est indiqué dans la description de la Police. La prime est payable annuellement ou mensuellement par prélèvement automatique ou annuellement par chèque, au choix du Titulaire. Tout paiement de prime effectué par prélèvement automatique n'est réputé effectuer que si le paiement est honoré. Un délai de grâce de 30 jours est accordé pour le paiement de chacune des primes. Lorsque la prime est impayée après ce délai, la Police prend fin. À la condition que l'Assuré ne soit pas Dépendant sur le plan fonctionnel, 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.

La prime est garantie pour les douze (12) premiers mois du contrat. À l'issue de cette période, le montant de la prime n'est plus garanti et peut faire l'objet d'ajustements dus à l'expérience et ce à la date de renouvellement du contrat.

AJUSTEMENTS DUS À L'EXPÉRIENCE

Après la première année de mise en vigueur de la Police, l'Assureur se réserve le droit de modifier la prime applicable à chaque garantie, en fonction de l'expérience constatée pour l'ensemble des contrats présentant des caractéristiques similaires.

RENOUVELLEMENT

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, ce contrat se renouvelle, de plein droit, d'année en année.

Les années d'assurance sont d'une période de douze (12) mois chacune et sont calculées à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat.

FRAIS ADMISSIBLES

FRAIS ADMISSIBLES POUR UN ASSURÉ DÉPENDANT SUR LE PLAN FONCTIONNEL

Sous réserve que cette garantie soit en vigueur à la date où l'Assuré, reconnu comme Dépendant sur le plan fonctionnel et ne résidant pas dans un Établissement de soins (qu'il soit un Hôpital, un Centre de convalescence ou tout autre Établissement similaire), de façon permanente ou temporaire, et engage des frais pour des Soins à domicile, l'Assureur rembourse, selon le pourcentage et les maximums prévus au Sommaire des garanties, les Frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants :

SOINS PROFESSIONNELS

Les frais pour services paramédicaux rendus par un :

- Audiologiste
- Diététiste
- Naturopathe ou ostéopathe
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Physiothérapeute
- Podiatre ou podologue
- Inhalothérapeute
- Orthophoniste

Pourvu que ces services relèvent de leur spécialité et que ces spécialistes soient membres de leur association professionnelle respective, sous réserve de la portion des frais à la charge de l'Assuré, jusqu'au maximum par spécialiste, tel qu'il est indiqué au Sommaire des garanties.

Le praticien ne doit pas résider dans la maison de l'Assuré, faire partie de sa Famille immédiate, être son partenaire d'affaires ou être son employeur. Ces frais sont remboursables jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

AUTRES FRAIS

L'Assureur paie, selon le pourcentage et les maximums indiqués à cet effet au Sommaire des garanties, les Frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants :

Système de surveillance

Le coût d'un système d'alarme médicale qui comprend un transmetteur d'urgence sans fil, avec une base qui est reliée au téléphone et contient un microphone très sensible et un haut-parleur, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Indemnité de déménagement

Le coût des dépenses de relogement que l'Assureur paiera à l'Assuré ou au Titulaire pour le déménagement de l'Assuré de sa résidence à un Établissement de soins de longue durée, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Transformation de la résidence

Le coût de transformation de la résidence de l'Assuré jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Repas

Coût de la préparation des repas cuisinés à l'extérieur de la résidence de l'Assuré, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Location ou achat d'équipements

La location ou l'achat, à la discrétion de l'Assureur, des fournitures ou équipements médicaux suivants :

- Appareils de marche ou autre aide à la mobilité (cane, béquilles ou marchette) ;
- Les orthèses fabriquées de matériel rigide, tel que le plastique ou le métal, et qui servent à maintenir une partie du corps en bonne position (les bandes de maintien élastiques et les orthèses du pied ne sont pas couvertes sous cette catégorie) ;
- Le coût d'oxygène, d'un ventilateur, ainsi que la location des appareils nécessaires à leur administration et/ou leur entretien.

Répit

Coût des soins de relève pour l'Assuré afin de permettre à l'Aidant naturel d'avoir un répit et du temps libre, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Frais de déplacement

Coût du transport de l'Assuré lorsqu'il doit recevoir des soins ou un suivi médical. Lorsque l'Assuré utilise un véhicule personnel, l'indemnité est de 0,35 \$/km. Lorsque l'Assuré utilise un taxi, l'indemnité correspond au coût du taxi. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 \$ par jour et jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Soutien pour un Aidant naturel

Coût de la consultation d'un spécialiste qui fournit un soutien psychosocial à l'Aidant naturel dans ses tâches et son implication quotidienne avec l'Assuré, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Infirmier privé, ou préposé aux services de soutien à la personne

Les services professionnels d'un Infirmier privé autorisé ou d'un préposé aux services de soutien à la personne provenant d'une agence spécialisée en Soins à domicile, qui est un membre en règle de son association professionnelle respective, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Chaussures orthopédiques

L'achat de chaussures orthopédiques, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Prothèses mammaires externes

L'achat de prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Fournitures suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie

Les coûts pour les fournitures admissibles devenues nécessaires suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Neurostimulateur transcutané (TENS)

Machine de traitement des douleurs par électrostimulation des fibres nerveuses pour contrôler la douleur chronique, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Bâtonnets réactifs, seringues et aiguilles

L'achat de bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Dextromètre ou un glucomètre et fournitures pour diabétiques

L'achat d'un dextromètre ou d'un glucomètre et de fournitures pour diabétique à l'exception des lancettes et des capteurs de glucoses, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Appareil auditif

L'achat d'un appareil auditif, prescrit par un audiologiste jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties, par période de 36 mois consécutifs.

Prothèses capillaires (perruques)

Les prothèses capillaires nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie jusqu'au maximum à vie indiqué au Sommaire des garanties.

Bas pour varices ou phlébites

Les bas pour varices ou phlébites, jusqu'au montant maximal indiqué au Sommaire des garanties.

Appareil maxi-mist (incluant les masques) ou d'un appareil CPAP

La location ou l'achat, à la discrétion de l'Assureur, d'un appareil maxi-mist (incluant les masques) ou d'un appareil CPAP, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Location ou l'achat d'un fauteuil roulant non motorisé, d'un ventilateur, d'un lit d'Hôpital (excluant le matelas) ou de béquilles

La location ou l'achat, à la discrétion de l'Assureur, d'un fauteuil roulant non motorisé (incluant les réparations), d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital (excluant le matelas), de béquilles ou de tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un Hôpital à des fins thérapeutiques jusqu'au maximum indiqué dans le Sommaire des garanties.

Fournitures médicales

L'achat, à la discrétion de l'Assureur, de fournitures médicales afin de traiter une Maladie ou un Accident, alors que l'Assuré reçoit des soins d'un infirmier, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Sommaire des garanties.

Fournitures pour incontinence - intestins et/ou vessie

Le coût des fournitures pour incontinence pour les intestins ou la vessie, jusqu'au maximum indiqué au Sommaire des garanties.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si l'Assuré est couvert, au moment de la réclamation, par un ou plusieurs des Régimes gouvernementaux d'assurance maladie de la province de résidence de l'Assuré ou d'assurance hospitalisation ou programmes de soins de santé ou tout autres Régimes gouvernementaux, ou polices d'assurance individuelles ou collectives, offrant des prestations similaires ou comparables à celles prévues au titre de la présente Police, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des Frais admissibles réellement engagés.

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

- Les Régimes gouvernementaux d'assurance maladie de la province de résidence de l'Assuré ou d'assurance hospitalisation ou programmes de soins de santé ou tout autres Régimes gouvernementaux, agissent à titre de premiers payeurs, lorsque les frais sont admissibles à ces régimes ;
- Lorsqu'une des polices applicables ne prévoit pas de disposition de coordination des prestations, cette police est considérée comme premier payeur parmi les assurances privées ;
- Lorsque plus d'une police applicable prévoit une disposition de coordination des prestations, les Frais admissibles sont remboursés en priorité par la police d'assurance collective, puis par la ou les polices d'assurance individuelle; Dans l'éventualité où l'Assuré était couvert par plus d'une police d'assurance individuelle, l'ordre de paiement parmi ces polices est établi de la police dont la date de mise en vigueur ou de remise en vigueur est la plus ancienne à la police dont la date de mise en vigueur ou de remise en vigueur est la plus récente.

L'Assuré doit déclarer l'existence de tout régime public, programme gouvernemental ou autre police d'assurance couvrant des frais similaires et fournir, sur demande, tout renseignement requis afin de permettre l'application de la présente clause.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les définitions, les restrictions ou exclusions de la présente garantie s'appliquent en plus de celles indiquées dans les *Dispositions Générales* de la présente *Police*.

SPÉCIMEN

PARTIE C – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CONTRAT

La présente Police est émise par l'Assureur, sur la foi de la Proposition soumise à cette fin, dont la copie est annexée, ainsi que de tout document tel que des avis de modification, de remise en vigueur ou amendement annexé.

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 ou la remise en vigueur.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsque l'Assureur approuve une réclamation pour des prestations, l'Assureur exonérera les primes de la Police aussi longtemps que l'Assuré est Dépendant sur le plan fonctionnel. Les primes doivent être payées jusqu'à ce que l'Assureur avise que la réclamation est approuvée.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie à l'égard des frais suivants engagés à la suite de :

- Blessures ou dommages physiques ou mentaux que l'Assuré s'inflige intentionnellement ;
- commission ou tentative de commission par l'Assuré d'un acte criminel ;
- Blessures subies à l'occasion de la participation active de l'Assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non ;
- abus d'alcool ou drogue, ou consommation de drogues illicites ;
- conduite d'un véhicule à moteur par l'Assuré, alors que la quantité d'alcool dans son sang est supérieure à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08) ou excède la limite permise par la loi ;
- inhalation par l'Assuré de gaz toxiques, sauf si cette inhalation se fait dans l'accomplissement par l'Assuré des tâches normales de son emploi ;
- suicide ou tentative de suicide de l'Assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non.

Aucune prestation n'est payable pour un Assuré qui est Dépendant sur le plan fonctionnel si celui-ci réside à l'extérieur du Canada.

La présente garantie ne couvre pas l'Assuré résidant, de façon permanente ou temporaire, dans un Établissement de soins, notamment un Hôpital, un Centre de convalescence public ou privé ou tout autre Établissement similaire.

DÉLAI DE GRÂCE

Un délai de grâce de 30 jours est accordé pour le paiement de chacune des primes, à l'exception de la première prime qui doit être payée à la date d'effet du contrat. Lorsque la prime demeure impayée après ce délai, la Police prend fin. Si l'Assureur ne reçoit pas le paiement de la première prime comme prévu, la présente Police sera considérée n'avoir jamais été émise.

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

DÉCHÉANCE

Le contrat tombe en déchéance et les obligations de l'Assureur en vertu du contrat prennent fin automatiquement si les primes dues demeurent impayées à la fin du délai de grâce.

ÂGE

Aux fins de la présente Police, l'âge de l'Assuré est l'âge de ce dernier à son dernier anniversaire de naissance au moment de la prise d'effet de la Police. 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.

Si, à la date d'effet de la Police, l'âge de l'Assuré était hors des limites d'âge admissibles, la Police sera considérée comme étant nulle et ne sera assujettie à aucune restriction légale.

PARTICIPATION

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

REMISE EN VIGUEUR

Si la présente Police prend fin par défaut de paiement de prime, celle-ci peut être remise en vigueur dans les 120 jours suivant leur déchéance, pourvu que le Titulaire en fasse la demande par écrit, qu'il établisse l'Assurabilité et/ou l'état de santé de l'Assuré à la satisfaction de l'Assureur et qu'il paie les primes en souffrance. Les délais prévus en matière d'incontestabilité sont à nouveau en vigueur à compter de la date de la dernière remise en vigueur.

La remise en vigueur n'aura pas pour effet de prolonger la durée du contrat, ni de repousser la date d'expiration de la Police au-delà des dates d'expiration indiquées dans la description de la Police.

DEMANDE DE PRESTATION ET PAIEMENT

En cas de demande de paiement, l'Assuré doit présenter sa réclamation à l'Assureur (la couverture doit être en vigueur), accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'Assureur, dans les douze (12) mois suivant la date à laquelle les frais ont été encourus, sans quoi elle ne sera pas recevable.

Les Frais admissibles sont remboursés ou payés dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

L'Assuré qui est en désaccord avec une décision de l'Assureur peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'Assureur et en y joignant toute nouvelle pièce justificative.

Aucune demande de révision ne sera prise en considération si elle est reçue plus de douze (12) mois après la décision initiale de l'Assureur.

REMBOURSEMENT DES RÉCLAMATIONS APRÈS LA TERMINAISON DE LA POLICE

Nous devons recevoir votre demande de remboursement au plus tard 90 jours après la date de terminaison de la Police. Aucun remboursement ne sera effectué après 90 jours, indépendamment de la date de service.

ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Toute demande de paiement en vertu de la Police doit se faire par écrit et être appuyée des pièces justificatives. Nous pouvons exiger tout renseignement que l'Assureur juge nécessaire à l'appui de la demande.

Dans le cadre de l'étude d'une réclamation, des renseignements personnels sur l'Assuré, y compris des renseignements médicaux sur son état de santé, seront requis.

Aucune somme ne sera versée si l'Assuré, le Titulaire ou le Bénéficiaire refuse de consentir à la divulgation des renseignements personnels au sujet de l'Assuré qui sont nécessaires à l'étude de la réclamation.

CESSION OU GAGE

L'assurance en vertu de ce contrat ne peut être ni cédée, ni mise en gage.

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à l'assurance, l'Assuré doit être admissible aux garanties disponibles en vertu des Régimes gouvernementaux d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation et des programmes de soins de santé de sa province de résidence. L'Assuré doit être âgé entre 18 à 82 ans inclusivement.

RENONCIATION

La renonciation ou l'omission de la part de l'Assureur d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque de ce contrat ne doit pas être interprétée comme étant une renonciation de la part de l'Assureur à son droit de prendre les mesures nécessaires contre tout défaut subséquent d'exécuter ou d'observer la même disposition. De plus, le fait que l'Assureur ait approuvé une action quelconque de l'Assuré lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser l'Assuré de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'Assureur pour toute action semblable subséquente.

SUBROGATION ET REMBOURSEMENT – RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

Lorsque toute somme est versée à l'Assuré en vertu du présent contrat suite à une Maladie ou à un Accident dont la responsabilité légale est imputable à un tiers, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré et peut recouvrer du tiers responsable les sommes qu'il a versées lorsque cela est permis par la loi.

DIVULGATION

L'Assuré et le Titulaire 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 ou 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.

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 le représentant de l'Assureur d'une demande écrite du Titulaire d'annuler la présente Police
 - Dans le cas où le Titulaire résilie son contrat par un avis écrit envoyé au siège social du représentant de l'Assureur, si la prime a été payée sur une base annuelle, la date de réception de l'avis sera la date de résiliation. Cependant, si la prime est acquittée mensuellement, l'avis doit être reçu sept (7) jours ouvrables avant le prochain prélèvement bancaire pour que la résiliation soit effective. Autrement, l'encaissement sera effectué et aucun remboursement ne sera effectué, et la résiliation prendra effet à la fin de la période pour laquelle la prime a été encaissée.
- la date d'expiration du délai de grâce du paiement de la prime ;
- la date à laquelle le maximum d'indemnités a été versé ;
- 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 ou au Titulaire à moins d'indication contraire.

REMBOURSEMENT

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

RECOUVREMENT

Aucune disposition de ce contrat ne peut être interprétée comme pouvant empêcher l'Assureur de recouvrer toute somme payée en trop.

MONNAIE LÉGALE

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

DROIT D'ANNULATION

L'Assuré dispose d'un délai de dix (10) jours suivant la date de réception de son contrat pour le réviser et l'annuler sans frais ni pénalité, à condition que l'Assureur reçoive à son siège social un avis écrit à cet effet dans le délai indiqué.

Sur réception de l'avis d'annulation dans le délai indiqué, l'Assureur remboursera à l'Assuré la totalité des primes payées. Le contrat sera considéré nul et sans effet à compter de la date d'effet, et aucune prestation ne sera payable.

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, les limitations 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 limitations leur étant propres. Ces exclusions et restrictions s'ajoutent aux exclusions et restrictions des dispositions générales.

SPÉCIFIQUEMENT