

Protection dans le cadre de votre prêt ou crédit-bail

Quiétude - Certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime mensuelle

(Vie, mutilation accidentelle ou paraplégie, maladies graves, invalidité et perte d'emploi)

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Coordonnées

Administrateur

Services administratifs en assurance collective LGM

1699, boulevard Le Corbusier, bureau 350

Laval QC H7S 1Z3

Pour toute question sur votre assurance, communiquez avec l'administrateur.

Service à la clientèle : 1-800-510-8372

Assureur

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

1900 Albert Street

Regina SK S4P 4K8

Téléphone (sans frais) : 1-855-587-8595

cooperators.ca

Distributeur

Réclamations

CUMIS, une division de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 5065, 151 North Service Rd.

Burlington, ON L7R 4C2

Service des réclamations

Téléphone (sans frais) : 1-855-587-8595

Télécopieur confidentiel (sans frais) : 1-800-897-7065

Courriel : claims.centre@cumis.com

L'assurance crédit collective à prime mensuelle est souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et administrée par Services administratifs en assurance collective LGM. Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des réclamations, sont offerts par le personnel de CUMIS Services Incorporated, une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

Table des matières

Introduction	3	Recours en cas de refus	12
Certificat d'assurance	3	Délais importants pour intenter une poursuite en justice	12
Aperçu des garanties	3	Sinistres simultanés.....	12
Versement des prestations d'assurance.....	3	Autres renseignements sur votre assurance	12
Critères d'admissibilité - Tous les types d'assurance.....	3	À propos de votre prime d'assurance	12
Prise d'effet de votre couverture d'assurance	3	Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque	13
Fin de votre couverture d'assurance.....	3	Erreur sur l'âge	13
Limites relatives aux prestations d'assurance.....	4	Conformité aux lois.....	13
Prestations d'assurance réduites	4	Contestabilité de l'assurance	13
Exclusion relative à un état de santé préexistant	4	Méthode d'annulation ou de résiliation de l'assurance.....	13
Exclusions applicables à toutes les garanties (« exclusions générales »).....	5	Définitions.....	14
Assurance vie	5		
Prestation du vivant.....	5		
Exclusions applicables à la prestation d'assurance vie et à la prestation du vivant	5		
Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie.....	5		
Exclusions applicables à la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie.....	6		
Assurance maladies graves	6		
Adhésion à l'assurance.....	6		
Prestation d'assurance maladies graves.....	6		
Maladies graves.....	6		
Exclusions applicables à la prestation d'assurance maladies graves	7		
Assurance invalidité	8		
Prestation d'assurance invalidité	8		
Invalidité	8		
Totalemment invalide et invalidité totale	8		
Début du versement des prestations d'invalidité	9		
Exclusions applicables à la prestation d'invalidité.....	9		
Fin des prestations d'assurance invalidité	9		
Assurance perte d'emploi	9		
Adhésion à l'assurance.....	9		
Prestation d'assurance perte d'emploi	9		
Qu'entend-on par perte d'emploi?	10		
Début du versement des prestations pour perte d'emploi	10		
Perte d'emploi récurrente.....	10		
Exclusions applicables à la prestation de perte d'emploi	10		
Fin des prestations pour perte d'emploi.....	10		
Refinancement de votre prêt ou crédit-bail.....	10		
Que se passe-t-il en cas de refinancement?	11		
Prestations réduites au moment du sinistre.....	11		
Refinancement de votre prêt ou crédit-bail lors d'une invalidité... ..	11		
Présentation d'une réclamation.....	11		
Déclaration de sinistre et délai de carence -	11		
Autres renseignements importants sur les réclamations.....	12		

Introduction

L'assurance crédit collective à prime mensuelle souscrite par Co-operators est un produit d'assurance facultative à participation volontaire qui procure une couverture lorsque vous éprouvez des difficultés financières attribuables à certains événements de la vie. Si l'information que vous avez fournie au moment de votre adhésion est complète et exacte, des prestations d'assurance seront payables, sous réserve des conditions et exclusions décrites dans ce certificat.

Certificat d'assurance

Ce certificat d'assurance (« certificat ») décrit l'assurance facultative à participation volontaire que vous avez souscrite. Veuillez le lire attentivement avec la copie de votre fiche d'adhésion dûment remplie que le titulaire du contrat collectif vous a remise.

Ce certificat contient des renseignements importants sur votre assurance, notamment les conditions pouvant avoir pour effet d'exclure, de restreindre ou de limiter la couverture qui vous est offerte au titre du contrat collectif, y compris les garanties que vous n'avez peut-être pas choisies. En cas de divergence entre les conditions du certificat et celles décrites dans le contrat collectif, ces dernières prévalent.

Le contrat collectif est un contrat sans participation, ce qui s'applique aussi à ce certificat et signifie que votre assurance ne comporte aucune valeur de rachat et ne donne droit à aucune participation. Vous pouvez en tout temps demander une copie du contrat collectif et de toute modification y ayant été apportée en communiquant avec le titulaire du contrat collectif. Vous avez le droit d'examiner et d'obtenir une copie de certaines autres déclarations ou de certains autres documents que vous nous avez transmis (le cas échéant), sous réserve de certaines limites.

Dans ce certificat, certains termes et expressions ont une signification précise. Ces termes sont expliqués à la section « Définitions » et dans d'autres parties de ce document.

Pour les besoins de ce certificat, « vous », « votre », « vos » et « vous-même » sont des termes qui font référence à toute personne :

- qui est une personne physique (ou des personnes physiques);
- qui est désignée dans la fiche d'adhésion et est admissible à au moins un des types d'assurance offerts aux termes du contrat collectif;
- qui a obtenu le prêt ou crédit-bail auprès du créancier :
 - dont elle est responsable ou dont elle a l'obligation légale de rembourser le solde, en tout ou en partie, en tant qu'emprunteur, coemprunteur, preneur ou copreneur, cosignataire, caution ou endosseur;
 - dans le cas d'une entreprise, dont elle a l'obligation légale de rembourser le prêt ou le crédit-bail au titulaire du contrat collectif, en tant que propriétaire de l'entreprise, personne clé ou toute personne associée à l'entreprise responsable de la dette;
- pour laquelle nous avons reçu la prime mensuelle;
- à qui nous avons remis un certificat.

Les termes « nous », « notre », « nos », « Co-operators » et « Co-operators Vie » s'entendent de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

Les conditions de votre assurance se trouvent dans :

- votre fiche d'adhésion;
- ce certificat;
- le contrat collectif et toutes ses modifications.

Tous les droits et obligations aux termes de ce certificat et du contrat collectif sont régis par les lois canadiennes et celles de la province où vous résidez lors de votre adhésion.

Aperçu des garanties

- **Vie (incluant une prestation du vivant)**
- **Mutilation accidentelle ou paraplégie**
- **Maladie grave (sous réserve de la section « Exclusion relative à un cancer préexistant »)**
- **Invalidité**
- **Perte d'emploi**

Versement des prestations d'assurance

Si elles sont payables, les prestations d'assurance seront versées au créancier, qui les affectera au règlement du solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré, ou à votre crédit, si vous n'avez pas de solde.

Critères d'admissibilité - Tous les types d'assurance

REMARQUE : Vous devez satisfaire aux critères d'admissibilité précisés ci-après. Autrement, vous ne pourrez pas bénéficier de la couverture décrite dans ce certificat.

Vous pouvez adhérer à l'assurance vie (incluant la prestation du vivant et l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie), à l'assurance maladies graves, à l'assurance invalidité et à l'assurance perte d'emploi à l'égard de votre prêt ou crédit-bail si, à la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion :

- vous êtes résident canadien (vivant au Canada au moins six mois par année);
- vous avez l'obligation légale, à titre d'emprunteur ou preneur, de coemprunteur ou copreneur, de cosignataire, de caution ou d'endosseur, de rembourser le prêt ou crédit-bail au créancier;
- vous avez l'obligation légale de rembourser le prêt ou crédit-bail au créancier en tant que propriétaire d'entreprise, personne clé ou toute autre personne associée à l'entreprise responsable de la dette;
- votre âge se situe dans les limites de l'âge admissible minimal/maximal pour chaque type d'assurance que vous avez souscrit, tel qu'indiqué dans votre fiche d'adhésion; et
- vous n'avez pas demandé une prestation du vivant au titre de tout contrat d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance que nous avons établi.

Prise d'effet de votre couverture d'assurance

Votre assurance crédit collective à prime mensuelle débute à la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion.

Fin de votre couverture d'assurance

Votre couverture d'assurance prend fin à la première des éventualités suivantes :

- l'expiration de la durée maximale de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion;
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de terminaison de la couverture indiqué dans votre fiche d'adhésion;
- la fin de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion;
- la date à laquelle nous recevons votre demande d'annulation ou de résiliation par écrit ou, dans le cas d'une couverture d'assurance sur plus d'une tête, la demande d'annulation ou de résiliation par écrit de toutes les personnes assurées;
- la date à laquelle votre prêt ou crédit-bail assuré est remboursé en totalité, refinancé, libéré ou pris en charge par une autre personne;
- la date à laquelle votre prêt ou crédit-bail prend fin ou est annulé ou résilié;
- la date à laquelle on vous libère, par effet de la loi, de votre obligation légale de rembourser le prêt ou crédit-bail assuré (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- la date à laquelle vous transférez ou cédez votre prêt ou crédit-bail assuré à un créancier qui n'est pas le créancier au titre des présentes;
- la date à laquelle vous avez manqué plus de six versements mensuels consécutifs sur votre prêt ou crédit-bail;
- lorsque cela fait plus de 28 jours consécutifs (suivant la date de prélèvement prévue) que vous n'avez pas payé votre prime d'assurance mensuelle;
- la date à laquelle nous versons une prestation d'assurance vie, une prestation du vivant ou une prestation d'assurance maladies graves aux termes de ce certificat;
- la date à laquelle nous versons une prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie si le solde impayé est acquitté en entier par le versement d'une telle prestation;
- la date de fin du contrat collectif, conformément aux dispositions prévues dans celui-ci;

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime mensuelle - Quiétude

- la date à laquelle vous omettez, ou votre représentant successoral omet, de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre dans le délai précisé dans ce certificat; ou
- la date de votre décès.

Limites relatives aux prestations d'assurance

Les montants maximums de couverture sont les suivants :

Type de réclamation	Montant maximum unique	Montant mensuel maximal	Période d'indemnisation maximale par sinistre
Invalidité		1 500 \$	Durée du contrat
Perte d'emploi		1 500 \$	6 mois
Décès	100 000 \$		
Maladie en phase terminale	100 000 \$		
Paraplégie ou perte d'un membre	25 000 \$		
Maladie grave	100 000 \$		

Vos montants d'assurance et les modalités des prestations figurent dans votre formulaire d'adhésion. Au moment de l'adhésion, vous choisissez vos montants d'assurance maximums ainsi que les durées maximales qui s'y rattachent.

REMARQUE : La durée maximale de l'assurance peut être inférieure à celle de votre prêt ou crédit-bail. Par conséquent, à l'échéance de la durée maximale de l'assurance, votre couverture prendra fin et nous ne verserons aucune prestation par la suite. Si la durée de votre prêt ou crédit-bail est supérieure à la durée maximale de l'assurance, vous pouvez souscrire une nouvelle couverture d'assurance à l'échéance de la durée maximale de l'assurance. Pour en savoir plus, consultez la section « Refinancement de votre prêt ou crédit-bail ».

Votre prêt ou crédit-bail ne sera pas assuré pendant toute sa durée dans les situations suivantes :

- votre prêt ou crédit-bail vient à échéance après l'âge de fin de l'assurance indiqué dans la fiche d'adhésion;
- le versement de sommes applicables à votre prêt ou crédit-bail est effectué après la date d'effet de l'assurance.

Nous ne verserons aucune prestation après la fin de votre assurance.

Si le montant et/ou les mensualités du prêt ou du crédit-bail sont supérieures à l'assurance maximale offerte et/ou à la prestation mensuelle maximale payable qui figurent dans votre fiche d'adhésion, votre prêt ou crédit-bail assuré sera limité aux sommes qui y sont indiquées.

En cas de sinistre, nous calculerons la prime et les prestations d'assurance à verser sur la base de ces sommes limitées.

Prestations d'assurance réduites

Si le montant du prêt ou crédit-bail assuré indiqué dans votre fiche d'adhésion est inférieur à la somme totale de votre prêt ou crédit-bail et supérieur à l'assurance maximale offerte, le montant de la prestation d'assurance sera réduit proportionnellement. La prestation sera calculée en fonction du solde impayé de votre prêt ou crédit-bail, multiplié par la partie du montant du prêt ou crédit-bail assuré relative au prêt ou crédit-bail total (exprimé en pourcentage), et ne dépassera pas l'assurance maximale offerte.

Exemple :

Si votre prêt est de 120 000 \$ et que le montant du prêt assuré indiqué dans votre fiche d'adhésion est de 60 000 \$, la prestation d'assurance vie payable correspondra à la moitié (soit 60 000 \$ divisés par 120 000 \$) du solde impayé du prêt, plus la moitié des intérêts courus et des intérêts sur le montant du règlement.

Exclusion relative à un état de santé préexistant

REMARQUE : Nous ne verserons aucune prestation et la prime ne sera pas remboursée si votre demande de prestation du vivant ou votre réclamation d'assurance vie, maladies graves ou invalidité totale découle directement ou indirectement d'un état de santé préexistant, ou y est liée de quelque façon que ce soit.

État de santé préexistant : Affection, blessure corporelle ou tout symptôme (qu'un diagnostic ait été posé ou non) pour lesquels vous ou une personne prudente auriez requis ou reçu des conseils ou traitements médicaux pendant la période d'exclusion pour état de santé préexistant, indiquée dans votre fiche d'adhésion, précédant immédiatement la date d'effet de l'assurance.

Pour les besoins de la définition ci-dessus :

- Conseils ou traitements médicaux :** Consultation auprès d'un médecin autorisé ou d'un professionnel de la santé agréé. Cela comprend notamment les soins médicaux ou paramédicaux, les examens exploratoires, l'usage de comprimés ou de tout médicament d'ordonnance, ou les injections reçues pour toute affection ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une réclamation.
- Professionnel de la santé :** Personne qui est légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, au sens défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Comment s'applique l'exclusion relative à un état de santé préexistant?

Si vous avez présenté des symptômes ou reçu des traitements en raison d'un problème de santé pendant une période déterminée avant le début de votre assurance, nous ne verserons aucune prestation d'assurance si votre demande de prestation du vivant, ou encore votre réclamation d'assurance vie, maladies graves ou invalidité totale survient au cours d'une période déterminée après le début de votre assurance. Ces périodes déterminées sont indiquées ensemble dans votre fiche d'adhésion en tant que période d'exclusion pour état de santé préexistant.

Exemple :

Votre fiche d'adhésion indique une période d'exclusion pour état de santé préexistant de « 6/6 ». Vous avez présenté des symptômes et reçu des traitements liés à un problème cardiaque cinq mois avant le début de votre assurance. Si votre demande de prestation du vivant ou votre réclamation d'assurance vie, maladies graves ou invalidité totale découle de votre problème cardiaque et que votre assurance est en vigueur depuis moins de six mois complets, vous n'aurez droit à aucune prestation.

Cependant, si à la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion, vous répondez à toutes les conditions d'admissibilité à l'adhésion, nous verserons des prestations d'assurance si votre demande de prestation du vivant ou votre réclamation d'assurance vie, maladies graves ou invalidité totale découle de votre problème cardiaque, à n'importe quel moment après que votre assurance a été en vigueur pendant six mois complets.

Si votre réclamation d'assurance invalidité ou maladies graves est refusée en raison d'un état de santé préexistant, votre assurance demeurera en vigueur.

Période d'exclusion pour état de santé préexistant

L'exclusion relative à un état de santé préexistant s'applique durant la période d'exclusion pour état de santé préexistant indiquée dans votre fiche d'adhésion. Nous verserons des prestations d'assurance si, après la fin de la période d'exclusion pour état de santé préexistant, votre demande de prestation du vivant ou votre réclamation d'assurance vie, maladies graves ou invalidité totale découle d'un état de santé préexistant.

Exclusions applicables à toutes les garanties (« exclusions générales »)

Aucune prestation d'assurance ne sera versée peu importe la garantie applicable si la cause du sinistre ou de la perte est directement ou indirectement liée à ce qui suit :

- votre perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- votre consommation de drogue, d'alcool, de substances toxiques ou intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un médecin autorisé ou pris selon ses directives;
- votre conduite ou contrôle d'un véhicule motorisé ou d'un bateau avec une alcoolémie supérieure à la limite légale permise dans le territoire visé; ou
- il y a omission, de votre part ou de la part de votre représentant successoral, de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans ce certificat.

Toutes les garanties sont assujetties aux limites et exclusions décrites dans ce certificat.

Assurance vie

Si vous avez adhéré à l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans ce certificat, à votre décès, nous verserons au créancier une prestation d'assurance vie correspondant au solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré, dont le calcul est établi par le créancier, à la date de votre décès.

La prestation d'assurance vie payable ne peut dépasser :

- le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré à la date de décès, multiplié par le pourcentage de couverture calculé; ou
- le montant de l'assurance maximale offerte indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Nous paierons aussi le montant des intérêts courus sur le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré, ainsi que les intérêts sur le montant du règlement au créancier.

REMARQUE : Si le montant d'assurance vie que vous avez souscrit est inférieur au montant de votre prêt ou crédit-bail, la prestation sera réduite comme il est indiqué à la section « Prestations d'assurance réduites ».

Prestation du vivant

Si vous avez adhéré à l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans ce certificat, vous êtes alors admissible à la prestation du vivant.

Si vous recevez un diagnostic de maladie en phase terminale (pour laquelle votre espérance de vie est d'au plus 12 mois) de la part d'un médecin autorisé que nous jugeons apte à poser un tel diagnostic, vous pouvez demander une prestation du vivant.

REMARQUE : La demande de prestation du vivant doit être présentée avant le décès. Nous verserons une prestation au créancier. La prestation du vivant sera calculée par l'administrateur et correspondra au solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré à compter de la date du diagnostic de votre maladie terminale.

La prestation du vivant payable ne dépassera pas la moins élevée des sommes suivantes :

- le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré à la date d'établissement du diagnostic, multiplié par le pourcentage de couverture calculé; ou
- le montant de l'assurance maximale offerte indiqué dans votre fiche d'adhésion.

- Nous paierons aussi les intérêts courus sur le montant applicable calculé ci-dessus, ainsi que les intérêts sur le montant du règlement au créancier.

REMARQUE : Si le montant d'assurance vie que vous avez souscrit est inférieur au montant de votre prêt ou crédit-bail, la prestation du vivant sera réduite comme il est indiqué à la section « Prestations d'assurance réduites ».

Exclusions applicables à la prestation d'assurance vie et à la prestation du vivant

Outre les exclusions générales, aucune prestation d'assurance vie ou prestation du vivant n'est payable lorsque votre décès est directement ou indirectement attribuable à ce qui suit :

- un état de santé préexistant; ou
- votre suicide dans les deux ans qui suivent la date d'effet de l'assurance (dans le cas de la prestation d'assurance vie seulement).

La prestation d'assurance vie et la prestation du vivant sont assujetties aux limites et exclusions décrites dans ce certificat. **Suicide :** Nous ne versons pas de prestation d'assurance vie si, dans les deux années suivant la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion, vous vous enlevez la vie, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste. Dans un tel cas, nous résilions votre assurance et effectuons un remboursement partiel de votre prime, comme il est indiqué à la section « Remboursement de la prime lors de la résiliation ».

Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie

Si vous avez adhéré à l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans ce certificat, vous êtes admissible à la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie.

Si vous êtes victime d'une mutilation accidentelle ou devenez paraplégique dans les 90 jours suivant la date d'une perte causant des blessures corporelles accidentelles, nous verserons au créancier une prestation correspondant au solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré à la date de votre mutilation accidentelle ou de votre paraplégie, dont le calcul est établi par le créancier.

Mutilation accidentelle : Perte d'une main ou des deux mains en cas d'amputation complète au niveau ou au-dessus du poignet; perte d'un pied ou des deux pieds en cas d'amputation complète au niveau de la cheville ou au-dessus; ou perte complète et irréversible de la vue des deux yeux.

Paraplégie : Perte d'usage totale et permanente des deux jambes.

La prestation d'assurance mutilation accidentelle ou de paraplégie ne dépassera pas le moindre des montants suivants :

- le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré à la date de la mutilation accidentelle ou de la paraplégie; ou
- le montant de l'assurance maximale offerte indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Nous paierons aussi le montant des intérêts courus sur le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré, ainsi que les intérêts sur le montant du règlement au créancier.

REMARQUE : Si le montant d'assurance vie que vous avez souscrit est inférieur au montant de votre prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance), la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie sera réduite comme il est indiqué à la section « Prestations d'assurance réduites ».

Exclusions applicables à la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie

Outre les exclusions générales, aucune prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie n'est payable lorsque la perte est directement ou indirectement causée par ce qui suit :

- une tentative de suicide ou d'automutilation, quel que soit votre état mental, que vous ayez conscience ou non des conséquences de votre geste;
- une blessure volontaire;
- une guerre ou un acte de guerre; ou
- un traitement médical ou chirurgical.

Assurance maladies graves

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez adhérer à l'assurance maladies graves à l'égard de votre prêt ou crédit-bail si, à compter de la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion :

- vous avez également adhéré à l'assurance vie à l'égard de votre prêt ou crédit-bail; et
- vous n'avez pas présenté de réclamation d'assurance maladies graves au titre d'un contrat d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance que nous avons émis.

Le montant d'assurance maladies graves que vous souscrivez doit équivaloir au montant d'assurance vie que vous souscrivez.

Prestation d'assurance maladies graves

Si vous avez adhéré à l'assurance maladies graves et que vous remplissez les conditions énoncées dans ce certificat, à la date de votre diagnostic, nous verserons au créancier une prestation d'assurance égale au solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré, dont le calcul est établi par le créancier. Votre diagnostic de maladie grave doit être confirmé par des résultats d'examen appropriés, comme indiqué dans ce certificat. Pour être admissible à la prestation d'assurance maladies graves, vous devez recevoir un diagnostic de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer après la date d'effet de l'assurance et avant que votre assurance prenne fin.

Le montant de la prestation d'assurance maladies graves payable correspondra à la moindre des sommes suivantes :

- le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré à la date d'établissement du diagnostic, multiplié par le pourcentage de couverture calculé; ou
- le montant de l'assurance maximale offerte indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Nous paierons aussi le montant des intérêts courus sur le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré, ainsi que les intérêts sur le montant du règlement au créancier.

REMARQUE : Si le montant d'assurance maladies graves que vous avez souscrit est inférieur au montant de votre prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance), le montant de la prestation d'assurance maladies graves sera réduit comme il est indiqué à la section « Prestations d'assurance réduites ».

Votre assurance maladies graves prendra automatiquement fin si, pour quelque raison que ce soit, votre assurance vie prend fin.

Maladies graves

Les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les cancers sont considérés comme des maladies graves. On les définit comme suit : **Crise cardiaque** (infarctus aigu du myocarde) : Diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, y compris, mais sans s'y limiter, une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) doit être posé par un spécialiste.

Exclusions relatives aux crises cardiaques

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée dans les cas suivants, qui n'entrent pas dans la définition de crise cardiaque :

- a) changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement;
- b) autres syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- c) augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) : Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique persistant de façon continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Aux fins de ce certificat, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte d'audition mesurable, une perte de vision mesurable, des changements mesurables de la fonction neurocognitive, une perte objective de sensation, une paralysie, une faiblesse localisée, une dysarthrie (difficulté de prononciation), une dysphasie (difficulté à parler), une dysphagie (difficulté à avaler), une démarche instable (difficulté à marcher), un trouble de l'équilibre, un manque de coordination ou l'apparition de convulsions en cours de traitement. Les maux de tête et la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions relatives aux accidents vasculaires cérébraux

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée dans les cas suivants, qui n'entrent pas dans la définition d'accident vasculaire cérébral :

- a) accident ischémique transitoire;
- b) accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- c) troubles ischémiques du système vestibulaire;
- d) mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- e) infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Cancer : Diagnostic formel d'une tumeur maligne caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes avec invasion et destruction 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, et confirmé par un rapport de pathologie.

Dans le cadre de ce certificat :

- Le terme « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- Le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :
 - a) de TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - b) de TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- Les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Le terme « stade 0 selon la 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).

Exclusions relatives au cancer

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée dans les cas suivants, qui n'entrent pas dans la définition de « cancer » :

- a) lésions décrites comme étant bénignes, non invasives, précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, limites (« borderline »), un carcinome in situ, ou des tumeurs au stade Tis ou Ta;
- b) mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- c) tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- d) cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance;
- e) 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 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- f) leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- g) tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- h) tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou
- i) thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Exclusions applicables à la prestation d'assurance maladies graves

Outre les exclusions générales, aucune prestation d'assurance maladies graves n'est payable lorsque votre affection est attribuable à ce qui suit :

- un état de santé préexistant;
- votre diagnostic :
 - a) ne répond pas entièrement aux critères des définitions de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer, décrites ci-dessus; ou
 - b) est indiqué spécifiquement aux sections « Exclusions relatives aux crises cardiaques », « Exclusions relatives aux accidents vasculaires cérébraux » ou « Exclusions relatives au cancer », décrites ci-dessus;
- votre problème de santé est la conséquence directe ou indirecte d'une blessure auto-infligée ou d'une tentative de vous enlever la vie, sans égard à votre état mental, que vous ayez conscience ou non des conséquences de votre geste.

Période d'exclusion du cancer de 90 jours

Aucune prestation d'assurance maladies graves n'est payable si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance, vous :

- avez présenté des signes ou des symptômes, ou vous êtes soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un diagnostic de tout cancer (couvert ou non au titre de ce certificat); ou
- avez reçu un diagnostic de tout cancer (couvert ou non au titre de ce certificat).

Dans un tel cas, nous annulerons votre assurance maladies graves et vous rembourserons intégralement toute prime payée pour cette garantie.

Exclusion relative à un cancer préexistant

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée dans le cas d'un diagnostic de cancer si vous avez déjà souffert de tout cancer avant la date d'effet de l'assurance.

REMARQUE : Dans le cas de l'assurance maladies graves, la période d'exclusion pour état de santé préexistant indiquée sur votre fiche d'adhésion ne s'applique pas si vous avez déjà souffert d'une forme quelconque de cancer (c'est-à-dire pas seulement un cancer couvert). Si cela s'applique à vous, aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée dans le cas d'un diagnostic de cancer. Des précisions sont fournies ci-dessous.

Si, en tout temps avant la date d'effet de l'assurance :

- vous avez reçu un diagnostic de tout cancer; ou
- vous n'aviez pas encore reçu un diagnostic de tout cancer, mais que :
 - a) vous présentiez des signes ou des symptômes apparents de tout cancer; ou
 - b) vous avez requis ou reçu, ou une personne prudente aurait requis ou reçu, des conseils ou traitements médicaux relatifs à des signes ou des symptômes apparents de tout cancer;

nous ne verserons alors aucune prestation d'assurance maladies graves pour :

- votre diagnostic d'un cancer couvert;
- toute récurrence de ce cancer couvert; ou
- tout diagnostic futur de tout autre cancer couvert.

Pour les besoins de la présente exclusion pour état de santé préexistant relatif à un cancer et des exemples illustrés ci-après :

- **Tout cancer :** Toute forme de cancer (pas seulement une forme de cancer couverte par l'assurance maladies graves au titre de ce certificat).
- **Cancer couvert :** Forme de cancer couverte par l'assurance maladies graves au titre de ce certificat, sous réserve de la clause d'exclusion relative à un cancer préexistant.
- **Cancer non couvert :** Forme de cancer qui n'est pas couverte par l'assurance maladies graves au titre de ce certificat.

Assurance invalidité

Prestation d'assurance invalidité

Nous paierons au créancier une prestation d'invalidité mensuelle égale à la prestation mensuelle assurée précisée dans votre fiche d'adhésion si vous devenez totalement invalide et que votre réclamation d'invalidité totale est approuvée, à condition que vous ayez adhéré à l'assurance invalidité et que vous répondiez aux conditions de ce certificat.

La prestation mensuelle assurée payable au titre de l'assurance invalidité ne peut pas dépasser la prestation mensuelle maximale payable précisée dans votre fiche d'adhésion.

Les prestations d'invalidité ne peuvent dépasser ce qui suit :

- le montant d'assurance que vous avez souscrit; ou
- la période d'indemnisation maximale par sinistre précisée dans votre fiche d'adhésion.

Vous êtes responsable d'acquitter la partie manquante des versements sur votre prêt ou crédit-bail qui n'est pas prise en charge par la prestation d'assurance invalidité.

Invalidité

Invalidité : Déficience médicale découlant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'accomplir les fonctions habituelles de votre profession principale pendant les 12 premiers mois d'invalidité et, après cette période, vous empêche d'accomplir les fonctions de toute profession.

Pour avoir droit aux prestations d'assurance invalidité et continuer de les recevoir, vous devez :

- être considéré comme étant effectivement au travail;

- recevoir des soins médicaux appropriés d'un médecin autorisé dont nous reconnaissons la compétence, pour une maladie ou une blessure corporelle attestée médicalement, ou encore le don d'un organe ou de tissus;
- n'exercer aucune activité rémunérée ou dans l'espoir d'en tirer profit. Cependant, à notre seule discrétion, nous pourrions vous verser des prestations d'assurance invalidité si vous participez à un programme de retour au travail progressif ou à un emploi de réadaptation que nous jugeons approprié; et
- produire, à notre demande, une preuve satisfaisante de votre invalidité totale, qu'il s'agisse d'une preuve initiale ou continue.

En tout temps en cours de réclamation ou d'indemnisation, nous pouvons vous demander de vous soumettre à une évaluation, si nous le jugeons nécessaire.

Effectivement au travail : Le fait d'exercer une profession contre rémunération ou profit et d'être en mesure d'en accomplir les fonctions importantes et essentielles, à raison d'au moins 20 heures par semaine pendant deux semaines consécutives à tout moment entre la date d'effet de l'assurance et le début de l'invalidité totale.

Totalement invalide et invalidité totale

Si vous occupez un emploi ou que vous êtes un travailleur saisonnier ou un travailleur autonome au moment où vous devenez totalement invalide, les expressions « totalement invalide » et « invalidité totale » signifient alors que :

- pendant les 12 premiers mois consécutifs à compter du début de l'invalidité totale :
 - a) vous êtes incapable d'exercer les fonctions importantes et essentielles de votre profession principale; et
 - b) vous recevez des soins médicaux appropriés; et
- après les 12 premiers mois consécutifs d'invalidité totale, les expressions « totalement invalide » et « invalidité totale » signifient alors que :
 - a) vous êtes incapable d'exercer les fonctions de toute profession pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en raison de vos études, de votre formation ou de votre expérience; et
 - b) vous recevez des soins médicaux appropriés.

Si vous êtes sans emploi ou à la retraite, ne travaillez pas ou recevez des prestations provinciales, fédérales ou toute autre forme de prestations au moment de devenir totalement invalide, les termes totalement invalide et invalidité totale signifient :

- a) le diagnostic formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même;
 - i. avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - ii. au moins 3 des 6 activités de la vie quotidienne; et
 - iii. le diagnostic doit être posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un spécialiste exerçant une profession équivalente;
- b) vous recevez des soins médicaux appropriés.

Activités de la vie quotidienne : Capacité de satisfaire tous les besoins de base, soit se nourrir, se laver, se vêtir, se servir des toilettes, se mouvoir et être continent. On les définit comme suit :

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

Récidive de l'invalidité

On parle de récidive de l'invalidité si, dans les six mois qui suivent votre rétablissement, vous souffrez de la même invalidité totale ou d'une invalidité totale connexe. Nous considérons alors que cette période est la prolongation de votre invalidité totale initiale. Dans un tel cas, le délai de carence indiqué dans votre fiche d'adhésion ne s'applique pas à votre réclamation pour invalidité récidivante. Les prestations en cas de récidive de l'invalidité, qu'elles soient versées de manière continue ou en une somme forfaitaire, ne peuvent pas excéder la période d'indemnisation maximale par sinistre indiquée dans votre fiche d'adhésion.

Invalidités simultanées

On parle d'invalidités totales simultanées si une seconde invalidité totale survient pendant que vous touchez déjà des prestations d'invalidité pour un problème différent et non lié. Dans un tel cas, une nouvelle réclamation d'assurance invalidité totale peut être présentée, sous réserve des conditions suivantes :

- la cause du problème médical ne doit pas être liée (directement ou indirectement) à l'invalidité totale initiale; et
- si votre réclamation est approuvée et que vous êtes toujours totalement invalide en raison de cette seconde invalidité, vous recevrez des prestations pour celle-ci immédiatement après la fin de l'invalidité totale initiale. Une nouvelle période d'indemnisation maximale par sinistre débutera.

Début du versement des prestations d'invalidité

Une fois que nous avons accepté la réclamation, nous débutons le versement des prestations d'invalidité au créancier à l'expiration du délai de carence.

La prestation mensuelle assurée payable ne peut pas dépasser la prestation mensuelle maximale payable, les deux montants étant indiqués dans votre fiche d'adhésion. Le montant total des prestations d'invalidité versées est assujéti à la période maximale d'indemnisation par sinistre également indiquée dans votre fiche d'adhésion.

Exclusions applicables à la prestation d'invalidité

Outre les exclusions générales, aucune prestation d'assurance invalidité n'est payable lorsque votre invalidité totale :

- est liée à un état de santé préexistant;
- a commencé avant la date d'effet de l'assurance;
- est liée à une grossesse normale (c'est-à-dire que votre grossesse n'est pas diagnostiquée comme étant « à risque élevé » par un médecin autorisé dont nous reconnaissons la compétence);
- a commencé pendant que vous étiez en détention, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous, dans un pénitencier, un établissement de détention gouvernemental, un hôpital ou un établissement semblable;
- a commencé après la fin de votre couverture d'assurance;
- est liée à une tentative de vous enlever la vie, quel que soit votre état mental, que vous ayez conscience ou non des conséquences de votre geste;
- est liée à une intervention chirurgicale non urgente; ou
- si vous recevez des prestations pour perte d'emploi de notre part au titre de ce certificat.

Fin des prestations d'assurance invalidité

Les prestations d'invalidité sont versées jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être totalement invalide;
- la date à laquelle le versement des prestations d'invalidité atteint la fin de la période d'indemnisation maximale par sinistre indiquée dans votre fiche d'adhésion;

- la date d'exigibilité de votre paiement de la valeur résiduelle ou valeur de rachat;
- la date à laquelle vous avez été incarcéré, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous, dans un pénitencier, un établissement de détention gouvernemental, un hôpital ou un établissement semblable;
- la date à laquelle vous participez à une quelconque entreprise ou activité contre rémunération ou profit;
- la date à laquelle votre prêt ou crédit-bail est payé en totalité;
- la date à laquelle vous ne recevez plus de soins actifs d'un médecin;
- la date à laquelle vous refusez de vous soumettre à un examen médical effectué par un médecin de notre choix;
- la date de fin de votre assurance indiquée à la section « Fin de votre couverture d'assurance »;
- la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante d'invalidité totale continue;
- la date de votre décès.

Assurance perte d'emploi

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez adhérer à l'assurance perte d'emploi à l'égard de votre prêt ou crédit-bail si, à compter de la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion :

- vous occupez un emploi et avez exercé votre profession principale sans interruption au moins 20 heures par semaine, pendant 12 mois consécutifs;
- vous n'avez pas personnellement reçu d'avis formel ou d'avis informel vous informant de la perte imminente de votre emploi.

REMARQUE : Si vous êtes travailleur autonome, travailleur saisonnier ou représentant élu du gouvernement, vous ne pouvez pas souscrire l'assurance perte d'emploi.

Vous pouvez adhérer à l'assurance perte d'emploi si, à la date d'effet de l'assurance, vous avez également adhéré à l'assurance vie et/ou invalidité.

Prestation d'assurance perte d'emploi

Nous paierons au créancier une prestation de perte d'emploi mensuelle égale à la prestation mensuelle assurée précisée dans votre fiche d'adhésion si vous subissez une perte d'emploi involontaire et que votre réclamation pour perte d'emploi est approuvée, à condition que vous ayez adhéré à l'assurance perte d'emploi et que vous répondiez aux conditions de ce certificat.

REMARQUE : Si vous êtes travailleur autonome, travailleur saisonnier ou représentant élu du gouvernement, vous n'êtes pas admissible à des prestations d'assurance perte d'emploi involontaire.

La prestation mensuelle assurée payable au titre de l'assurance perte d'emploi ne peut pas dépasser la prestation mensuelle maximale payable précisée dans votre fiche d'adhésion. Le montant des prestations pour perte d'emploi ne peut dépasser ce qui suit :

- le montant d'assurance que vous avez souscrit; ou
- la période d'indemnisation maximale par sinistre précisée dans votre fiche d'adhésion.

Vous êtes responsable d'acquitter la partie manquante des versements sur votre prêt ou crédit-bail qui n'est pas prise en charge par la prestation d'assurance perte d'emploi.

Qu'entend-on par perte d'emploi?

Perte d'emploi : Vous avez perdu votre emploi involontairement, votre employeur y ayant mis fin (sans motif valable), ou votre emploi a été suspendu par suite d'une mise à pied (temporaire ou permanente), et que, à ce titre, vous êtes admissible à des prestations d'assurance-emploi.

Pour avoir droit aux prestations d'assurance perte d'emploi et continuer à les toucher, vous devez :

- avoir été effectivement au travail;
- au moment de la perte d'emploi involontaire, vous inscrire immédiatement auprès du ministère ou de l'organisme fédéral (et provincial, s'il y a lieu) pertinent, afin de demander des prestations d'assurance-emploi et d'en recevoir, le cas échéant;
- nous fournir une preuve, que nous devons juger acceptable, de votre inscription à l'assurance-emploi et de la réception de prestations d'assurance-emploi;
- être activement à la recherche d'un emploi;
- rester sans emploi.

Effectivement au travail aux fins de l'assurance perte d'emploi : Le fait d'avoir occupé un emploi et travaillé de manière continue dans votre profession principale au moins 20 heures par semaine, pendant 12 mois consécutifs, à la date d'effet de votre perte d'emploi involontaire.

Début du versement des prestations pour perte d'emploi

Une fois que nous avons accepté la réclamation, nous débutons le versement des prestations pour perte d'emploi au créancier à l'expiration du délai de carence.

La prestation mensuelle assurée payable ne peut pas dépasser la prestation mensuelle maximale payable; les deux montants étant indiqués dans votre fiche d'adhésion. Le montant total des prestations pour perte d'emploi versées est assujéti à la période maximale d'indemnisation par sinistre également indiquée dans votre fiche d'adhésion.

Perte d'emploi récurrente

Si vous subissez une nouvelle perte d'emploi dans les six mois qui suivent une période de perte d'emploi involontaire antérieure pour laquelle nous avons versé des prestations, nous considérerons qu'il s'agit d'une continuation de votre perte d'emploi involontaire antérieure. Dans un tel cas, le délai de carence indiqué dans votre fiche d'adhésion ne s'appliquera pas.

Les prestations en cas de perte d'emploi récurrente, qu'elles soient versées de manière continue ou en une somme forfaitaire, ne peuvent excéder la période de prestations maximale par sinistre indiquée dans votre fiche d'adhésion.

Exclusions applicables à la prestation de perte d'emploi

Outre les exclusions générales et l'exclusion indiquée à la section « Perte d'emploi dans les 60 jours », nous ne versons pas de prestations d'assurance perte d'emploi dans les circonstances suivantes :

- votre perte d'emploi résulte d'un conflit de travail, d'une grève ou d'un lock-out;
- votre perte d'emploi résulte de votre démission, de votre départ à la retraite ou de votre abandon volontaire de votre emploi;
- votre perte d'emploi est causée par la malhonnêteté, la fraude, un conflit d'intérêts, le refus d'accomplir vos tâches, une conduite volontaire ou un comportement criminel;
- votre perte d'emploi résulte du fait que vous êtes travailleur autonome, travailleur saisonnier ou représentant élu du gouvernement;
- votre perte d'emploi résulte de l'expiration d'un contrat de travail particulier ou prend fin avant son expiration;
- votre perte d'emploi survient avant la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion;

- votre perte d'emploi a commencé pendant que vous étiez en détention, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous, dans un pénitencier, un établissement de détention gouvernemental, un hôpital ou un établissement semblable;
- votre perte d'emploi est survenue après la fin de votre assurance;
- votre employeur vous licencie pour motif valable;
- vous êtes en congé de maternité, congé parental ou autre congé autorisé;
- nous vous versons des prestations d'invalidité;
- votre demande de prestations d'assurance-emploi n'est pas payée, quelle qu'en soit la raison.

Perte d'emploi dans les 60 jours

Nous ne versons pas de prestations pour perte d'emploi si votre perte d'emploi involontaire survient dans les 60 jours qui suivent la date d'effet de l'assurance.

Dans ce cas :

- vous pouvez faire annuler votre assurance perte d'emploi et recevoir le remboursement intégral de la prime payée à cet égard. Votre demande d'annulation doit être faite dans les 30 jours qui suivent la perte d'emploi; ou
- vous pouvez maintenir votre assurance perte d'emploi en vigueur en prévision de l'avenir.

Vous pourrez toutefois présenter une réclamation pour perte d'emploi lorsque vous aurez de nouveau occupé un emploi à raison d'au moins 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs.

Fin des prestations pour perte d'emploi

Les prestations pour perte d'emploi sont versées jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- la date de votre retour au travail;
- la date à laquelle vous devenez travailleur autonome;
- la date à laquelle le versement des prestations pour perte d'emploi atteint la fin de la période de prestations maximale par sinistre indiquée dans votre fiche d'adhésion;
- la date d'exigibilité de votre paiement de la valeur résiduelle ou valeur de rachat;
- la date à laquelle vous avez été incarcéré, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous, dans un pénitencier, un établissement de détention gouvernemental, un hôpital ou un établissement semblable;
- la date à laquelle vous participez à une quelconque entreprise ou activité contre rémunération ou profit;
- la date à laquelle votre prêt ou crédit-bail est payé en totalité;
- la date de fin de votre assurance indiquée à la section « Fin de votre couverture d'assurance »;
- la date à laquelle vous commencez à recevoir des prestations d'invalidité pour votre prêt ou crédit-bail, conformément à ce certificat;
- la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante établissant que vous continuez à recevoir des prestations d'assurance-emploi ou que vous êtes toujours au chômage; ou
- la date de votre décès.

REMARQUE : Vos prestations pour perte d'emploi prendront également fin si, votre couverture d'assurance vie et/ou invalidité prend fin (selon les couvertures que vous avez souscrites), pour quelque raison que ce soit.

Refinancement de votre prêt ou crédit-bail

Refinancer : Vous et le créancier convenez de refinancer, de remplacer, de renouveler, de prolonger ou de modifier autrement (collectivement, « refinancer ») votre prêt ou crédit-bail assuré. L'assurance prévue au titre de ce certificat prend automatiquement fin dès que votre prêt ou crédit-bail assuré est refinancé. À moins que vous ayez souscrit une assurance de remplacement par l'entremise du titulaire du contrat collectif, votre prêt ou crédit-bail refinancé n'est pas assuré.

Que se passe-t-il en cas de refinancement?

Si vous souscrivez une assurance pour le montant du nouveau prêt ou crédit-bail, vous recevrez un nouveau certificat qui remplacera toutes les conditions de votre certificat d'assurance précédent. Toutes les exclusions, restrictions et limites relatives à votre nouvelle couverture d'assurance s'appliqueront à compter de la date d'effet de l'assurance de votre nouveau montant d'assurance. Celles-ci comprennent notamment les exclusions concernant les états de santé préexistants et, dans le cas de l'assurance invalidité, tout délai de carence applicable.

Prestations réduites au moment du sinistre

Si votre assurance a pris fin en raison du refinancement de votre prêt ou crédit-bail et que votre réclamation dans le cadre du prêt ou crédit-bail refinancé est refusée à cause d'une exclusion prévue par le nouveau certificat (mais non prévue par le certificat initial), nous verserons une prestation d'assurance limitée. Ces prestations seront établies en fonction du type d'assurance et du montant des prestations qui aurait été versé au titre du certificat initial.

Les prestations versées au titre d'un certificat antérieur prennent fin si vous transférez votre prêt ou crédit-bail à une autre institution financière ou si vous souscrivez un autre produit d'assurance crédit collective de Co-operators Vie.

Refinancement de votre prêt ou crédit-bail lors d'une invalidité

Si vous touchez des prestations d'invalidité et que vous refinancez votre prêt ou crédit-bail, vous pouvez souscrire l'assurance invalidité en lien avec le nouveau montant du prêt ou crédit-bail. Tant que vous demeurerez totalement invalide, nous verserons des prestations d'invalidité, conformément à la couverture prévue au titre de votre certificat d'assurance précédent, et votre assurance invalidité restera en vigueur. Toutefois, votre prestation d'invalidité ne pourra dépasser :

- le montant du paiement exigible au titre de votre nouveau prêt ou crédit-bail;
- la durée d'assurance liée à votre nouveau prêt ou crédit-bail;
- le montant de la prestation mensuelle maximale payable.

Présentation d'une réclamation

Le processus de réclamation diffère selon le type de prestations demandées (voir ci-après). Vous pouvez également obtenir de l'information sur la façon de présenter une réclamation en consultant le site cumis.com, ou en communiquant avec nous directement.

Coordonnées du Service des réclamations

CUMIS, une division de Co-operators Compagnie d'assurance-vie
P.O. Box 5065, 151 North Service Rd.

Burlington ON L7R 4C2

Centre des réclamations

Téléphone (sans frais) :

1-855-587-8595

Télécopieur confidentiel (sans frais) :

1-800-897-7065

Courriel confidentiel :

claims.centre@cumis.com

Réclamations en ligne :

clientportal-cumis.cooperators.ca/claims

Dans le cas d'une réclamation, CUMIS est votre premier point de contact, à vous, à vos proches ou à votre représentant successoral. Vous pouvez présenter votre réclamation via notre portail en ligne à l'adresse clientportal-cumis.cooperators.ca/claims ou, si vous préférez le faire de vive voix, vous pouvez appeler notre Centre des réclamations au 1-855-587-8595. Lorsque vous présenterez une première réclamation, nous commencerons par valider votre identité ainsi que les renseignements liés à votre prêt ou crédit-bail. Nous coordonnerons l'obtention des formulaires de réclamation requis et tout autre renseignement que nous exigeons concernant votre prêt ou crédit-bail. L'information dont nous avons besoin pour établir votre admissibilité aux prestations peut varier selon le type de réclamation. Lorsqu'une décision sera prise au sujet de la réclamation, vous (ou votre représentant successoral) ainsi que le créancier en serez avisés par écrit. Si la réclamation est acceptée, nous verserons les prestations décrites dans ce certificat d'assurance. Autrement, nous vous expliquerons les motifs de notre décision.

Déclaration de sinistre et délai de carence - Délais à respecter

Nous vous invitons à présenter votre réclamation le plus tôt possible, car elle peut être refusée si elle n'est pas présentée dans les délais suivants.

Délai	
Invalidité	Dans les 30 jours
Perte d'emploi	Dans les 30 jours
Décès	Dans les 12 mois
<i>Maladie en phase terminale</i>	Dans les 30 jours
<i>Paraplégie ou perte d'un membre</i>	Dans les 30 jours
Maladie grave	Dans les 30 jours

REMARQUE : Pour l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie, les réclamations, y compris la preuve de sinistre et les documents à l'appui que nous pouvons exiger, doivent nous parvenir dans un **délai d'un an** à compter de la date du sinistre.

Pour la prestation du vivant ou l'assurance maladies graves, invalidité ou perte d'emploi, vous devez nous fournir un avis écrit **dans les 30 jours** suivant la date à laquelle le sinistre survient pour la première fois (soit la date à laquelle vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale ou de maladie grave, ou êtes devenu totalement invalide pour la première fois, ou avez subi une perte d'emploi involontaire). Vous devez également présenter une preuve de sinistre, sous une forme que nous jugeons acceptable, **dans les 90 jours** suivant la date de survenance initiale du sinistre. Si nous ne recevons pas de déclaration de sinistre dans les délais prescrits, vous devrez fournir une explication raisonnable écrite du motif de ce retard dans l'année suivant la date du sinistre, conformément à la loi provinciale sur les assurances.

En outre, un délai de carence s'applique avant le versement de prestations d'assurance invalidité et perte d'emploi involontaire. Le délai de carence est semblable à une période d'attente et est calculé en nombre de jours consécutifs entre le début de votre invalidité totale ou de votre perte d'emploi involontaire et le moment où vous devenez admissible aux prestations; il peut être **non rétroactif** ou **rétroactif**. Vous devez devenir et demeurer totalement invalide ou sans emploi de manière involontaire pendant toute la durée du délai de carence avant d'être admissible aux prestations.

- a) **Délai de carence non rétroactif** : Les prestations ne sont pas versées au créancier avec effet rétroactif à compter du début de votre invalidité totale ou de votre perte d'emploi involontaire.
- b) **Délai de carence rétroactif** : Les prestations sont versées au créancier avec effet rétroactif à compter du début de votre invalidité totale ou de votre perte d'emploi involontaire.

Pendant le délai de carence et l'étude de votre réclamation, vous êtes responsable d'effectuer les versements périodiques sur votre prêt ou crédit-bail.

Le délai de carence pour une perte d'emploi commence à la dernière des éventualités suivantes :

- la date d'effet de votre perte d'emploi involontaire;
- le cas échéant, la fin de la période à laquelle des indemnités de départ s'appliquent.

	Délai de carence
Invalidité	30 jours, non rétroactif
Perte d'emploi	60 jours, non rétroactif

Autres renseignements importants sur les réclamations

Insatisfaction et plainte

Dans l'éventualité où nous n'aurions pas répondu à vos attentes, nous aimerions avoir l'occasion de remédier à la situation. Si vous vous sentez insatisfait à l'égard de votre réclamation, de votre contrat ou des services que vous avez reçus, il vous suffit de suivre quelques étapes simples pour vous faire entendre. Pour commencer, visitez notre site Web pour plus de détails sur notre processus de traitement des plaintes : cooperators.ca/fr-ca/client-ressources/concerns-complaints/co-operators-life-insurance-company

Recours en cas de refus

Si nous refusons votre réclamation et que vous n'êtes pas en accord avec notre décision, vous pouvez nous envoyer une demande officielle par écrit afin de faire réviser notre décision. Votre demande devra être accompagnée d'un document exposant les raisons de votre désaccord et de pièces justificatives. Une fois reçue, nous examinerons votre demande et vous informerons de notre décision finale.

Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision finale, nous vous fournirons de l'information sur les mesures à prendre pour que vos revendications fassent l'objet d'un examen plus approfondi. Vous pourrez également communiquer avec notre Bureau des pratiques équitables.

Adresse : Bureau des pratiques équitables
Groupe Co-operators limitée
101 Cooper Drive
Guelph ON N1C 0A4

Courriel : pratiquesequitables@cooperators.ca

Téléphone : 1-877-720-6733

Si vous demeurez au Québec, vous pouvez également communiquer avec l'Autorité des marchés financiers :

Adresse : Autorité des marchés financiers
Assistance, plainte et indemnisation
Place de la Cité, tour PwC
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Québec QC G1V 5C1

Téléphone : 1-877-525-0337

Télécopieur : 1-877-285-4378

Délais importants pour tenter une poursuite en justice

Les lois provinciales sur les assurances stipulent ce qui suit :

Aucune action ou poursuite judiciaire ne peut être intentée contre un assureur en vue de recouvrer des sommes payables au titre du contrat, à moins d'être engagée au cours du délai prescrit par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable.

Cela signifie que si nous refusons votre réclamation ou mettons fin au versement de vos prestations, les lois provinciales imposent des limites strictes quant aux délais impartis pour tenter une poursuite en justice contre nous. Ce délai commence à courir le jour où nous refusons initialement votre réclamation ou mettons fin au versement des prestations.

Sinistres simultanés

Assurance vie, prestation du vivant, assurance mutilation accidentelle ou paraplégie et assurance maladies graves

Si, le même jour, plus d'une personne assurée décède, subit une mutilation accidentelle ou devient paraplégique ou reçoit un diagnostic de maladie grave ou de maladie en phase terminale, nous ne verserons qu'une seule prestation, et ce, à la première personne assurée à présenter une réclamation. Par la suite, l'assurance décrite dans ce certificat prendra fin. En aucun cas nous ne rembourserons plus que le solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré, et la prestation payable ne pourra non plus dépasser l'assurance maximale offerte.

Invalidité et perte d'emploi

Si plus d'une personne assurée présente une réclamation d'invalidité totale ou pour perte d'emploi au même moment, au titre du même prêt ou crédit-bail assuré, nous ne verserons qu'une seule prestation à la fois, indépendamment du nombre de personnes assurées au titre du prêt ou crédit-bail. La prestation versée se limite à la période de prestations maximale par sinistre et à la prestation mensuelle maximale payable.

Droits d'examen

Nous pourrions vous demander de vous soumettre à un examen médical effectué par un médecin de notre choix. Nous assumerons les frais de cet examen; si vous refusez de vous y soumettre, nous ne verserons aucune prestation.

Autres renseignements sur votre assurance

À propos de votre prime d'assurance

Prime : Prime totale exigible pour toutes les couvertures d'assurance que vous avez souscrites et que nous vous avons consenties. La prime correspond au coût de votre assurance.

Paielements de prime

Prime mensuelle : La prime correspond à un prélèvement mensuel. Votre prime mensuelle, tout comme les taxes applicables, est payable à l'administrateur et est prélevée dans le compte que vous avez inscrit, tel qu'il est indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Paielements de prime manqués et délai de grâce

Pour que votre assurance demeure en vigueur, votre prime doit être payée au moment où elle est due.

Délai de grâce

Si votre prime n'est pas payée au moment où elle est due et qu'elle demeure impayée, votre couverture d'assurance demeure en vigueur pendant un délai de grâce de 28 jours consécutifs. À la fin de ce délai, votre assurance tombe en déchéance (c'est-à-dire qu'elle prend fin automatiquement) et vous n'avez plus de couverture d'assurance au titre de ce certificat. Le délai de grâce ne s'applique pas si le contrat est annulé ou résilié par nous ou par le titulaire du contrat collectif. Vous devrez régler la totalité de la prime impayée avant que la couverture soit remise en vigueur.

Sinistre survenant pendant le délai de grâce

Si vous décédez, devenez invalide, recevez un diagnostic de maladie grave ou de maladie en phase terminale ou perdez involontairement votre emploi pendant le délai de grâce, nous calculerons toute prestation d'assurance payable en tenant compte de la fin de la période à laquelle votre dernier paiement de prime s'appliquait. Nous pourrions également déduire toute prime impayée de toute prestation d'assurance qui pourrait être payable.

Modification du taux de prime

Vous pouvez modifier votre mode de paiement en tout temps en vous adressant à l'administrateur.

Modification du taux de prime

Conformément aux modalités du contrat collectif, nous pouvons modifier les taux de prime sur présentation d'un avis écrit au titulaire du contrat collectif. Un avis écrit vous sera également envoyé par la poste ordinaire à l'adresse figurant au dossier, au moins 30 jours avant la modification du taux de prime. Sauf dans les cas où un changement dans la législation ou la réglementation touche directement la couverture d'assurance prévue par le contrat collectif, le taux de prime ne sera pas modifié plus d'une fois par période de 12 mois.

Résiliation du certificat ou du contrat

Nous nous réservons le droit de résilier le contrat collectif. Dans un tel cas, le titulaire du contrat collectif vous avisera au moins 30 jours avant la date d'effet de la résiliation et nous honorerons toute réclamation valide présentée avant cette date.

Monnaie

Toutes les sommes payables que nous versons ou qui nous sont versées sont en dollars canadiens.

Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque

Si, au moment de l'adhésion ou à toute étape d'une réclamation, vous faites une fausse déclaration (c'est-à-dire, si vous fournissez des renseignements inexacts ou omettez de déclarer des renseignements) au sujet d'un élément important pour l'établissement de votre assurance, celle-ci peut être déclarée nulle et sans effet, comme si elle n'avait jamais été en vigueur. En cas de fausse déclaration, nous refuserons votre réclamation et, sauf en cas de fraude, nous vous rembourserons votre prime, déduction faite des frais de traitement.

Erreur sur l'âge

Si vous avez fait une erreur sur votre âge lorsque vous avez souscrit l'assurance et que, en raison de votre âge véritable vous auriez été inadmissible à l'assurance crédit collective à prime mensuelle, la responsabilité de Co-operators Vie se limite à vous rembourser la prime payée, et votre assurance sera annulée et traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur. Le cas échéant, nous refuserons votre réclamation et vous rembourserons votre prime, déduction faite des frais de traitement.

Si vous étiez admissible à l'assurance en fonction de votre âge véritable, nous effectuerons tout rajustement nécessaire aux prestations, à la prime ou à la durée de l'assurance afin de maintenir votre couverture en vigueur.

Conformité aux lois

Si, à la date d'effet de l'assurance, il y a discordance entre une partie de ce certificat et les lois le régissant, les dispositions de ces lois ont préséance.

Contestabilité de l'assurance

Période de contestabilité

Si vous présentez une réclamation dans les deux premières années d'assurance, nous vérifierons les renseignements fournis dans votre fiche d'adhésion afin d'en confirmer l'exactitude et l'intégralité. Nous vérifierons notamment si vous avez fait une fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque.

Sauf en cas d'erreur sur l'âge dans votre fiche d'adhésion, une fois que votre assurance est en vigueur depuis deux ans, nous ne vérifions généralement vos renseignements que s'il y a des signes de fraude. Cette période de deux ans, parfois appelée période de contestabilité, est un concept établi par la loi provinciale sur les assurances.

Méthode d'annulation ou de résiliation de l'assurance

Votre couverture d'assurance auprès de Co-operators Vie est entièrement facultative et à participation volontaire, et vous pouvez l'annuler ou la résilier en tout temps. Toutefois, sachez que certaines conditions liées à votre prêt ou crédit-bail peuvent vous obliger à souscrire une assurance pour protéger le titulaire du contrat collectif. Pour annuler ou résilier votre assurance, veuillez communiquer avec l'administrateur. Si vous annulez votre assurance dans les 30 jours suivant la date d'effet de l'assurance, vous recevrez le remboursement complet des primes payées, à condition de ne pas avoir présenté de réclamation, et votre assurance sera réputée n'avoir jamais été en vigueur.

Conformément à ce certificat, vous pouvez également résilier cette assurance à tout moment après la période d'examen de 30 jours, sans remboursement de prime, sauf si la loi l'exige.

Définitions

Dans ce certificat, certains termes et expressions ont une signification précise. Ils sont expliqués à la présente section, ainsi que dans d'autres parties de ce document.

Accident : Incident violent et de source externe qui se produit soudainement, de façon involontaire et imprévisible, et qui cause des blessures corporelles directement et indépendamment de toute autre cause. Un accident n'est pas une maladie, ni une affection, ni un état pathologique naturel, quel qu'il soit.

Accident vasculaire cérébral : Voir la définition à la section « Maladie grave ».

Activités de la vie quotidienne : Voir la définition à la section « Totalement invalide et invalidité totale ».

Administrateur : Services administratifs en assurance collective LGM ou tout autre administrateur que nous pouvons désigner de temps à autre.

Cancer : Voir la définition à la section « Maladie grave ».

Cancer couvert : Voir la définition à la section « Exclusions applicables à la prestation d'assurance maladies graves ».

Cancer non couvert : Voir la définition à la section « Exclusions applicables à la prestation d'assurance maladies graves ».

Conflit de travail : Arrêt de travail volontaire et simultané ou perturbation du travail par un groupe d'employés, dont vous faites partie, agissant de concert contre un ou plusieurs employeurs dans un secteur d'activité ou un territoire donné.

Conseils ou traitements médicaux : Voir la définition à la section « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Contrat collectif : Contrat d'assurance crédit collective établi par Co-operators Vie au nom du titulaire du contrat collectif et par lequel les garanties d'assurance vie, d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie, d'assurance maladies graves, d'assurance invalidité ou d'assurance pour perte d'emploi sont offertes à toutes les personnes admissibles qui décident d'y adhérer et acquittent la prime exigible.

Créancier : Concessionnaire autorisé de véhicules automobiles ou récréatifs participant, ou institution financière ayant consenti votre prêt ou crédit-bail, comme indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Crédit-bail : Capital que le créancier consent à vous prêter pendant une période fixe aux termes de la convention de crédit-bail conclue entre vous et le créancier, à compter de la date d'effet de l'assurance, et que vous avez l'obligation légale de rembourser. Il s'agit d'un contrat conclu entre vous et le créancier pour l'usage d'un véhicule ou d'autre équipement, sous réserve des conditions et des limites, pour une période déterminée et selon des modalités de paiement précisées.

Crise cardiaque : Voir la définition à la section « Maladie grave ».

Date d'effet de l'assurance : Date d'entrée en vigueur de l'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion.

Date d'établissement du diagnostic : Date à laquelle un diagnostic définitif est établi basé sur des examens et, en présence d'un cancer, date de sa confirmation par biopsies, afin de déterminer la présence et l'étendue d'une maladie ou d'un problème de santé en particulier.

Délai de carence : Voir la définition à la section « Déclaration de sinistre et délai de carence - Délais à respecter ».

Diagnostic et diagnostiqué : Diagnostic formel écrit d'une affection médicale effectué par un médecin autorisé qui est habilité à poser ce type de diagnostic.

Durée maximale de l'assurance : Période maximale d'assurance établie pour tout prêt ou crédit-bail; cette période est précisée dans la fiche d'adhésion.

Effectivement au travail : Voir la définition aux sections suivantes :

- i) « Invalidité » pour les prestations d'invalidité; et
- ii) « Perte d'emploi » pour les prestations liées à une perte d'emploi.

Emploi et occuper un emploi : Travailler pour un employeur qui vous verse une rémunération ou un salaire. Cette définition n'inclut pas le fait d'être travailleur autonome.

Emploi principal : Emploi duquel vous tiriez au moins 75 % de votre rémunération brute pendant la période de 12 mois précédant immédiatement le début de votre invalidité totale.

Entreprise : Entreprise individuelle, partenariat, société par actions ou toute autre entité exploitant une entreprise ou une ferme ayant contracté une dette envers le titulaire du contrat collectif aux termes d'un prêt ou crédit-bail.

État de santé préexistant : Voir la définition à la section « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Fiche d'adhésion : Formulaire à remplir et à signer pour adhérer à un ou plusieurs types d'assurance facultative à participation volontaire dans le cadre du contrat collectif.

Grève : Toute interruption d'emploi attribuable à un conflit de travail ou à un lock-out.

Intérêts courus : Intérêts sur le solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré à compter de la date de votre dernier versement, établie par le créancier, jusqu'à la date de votre décès, à la date de votre mutilation accidentelle ou paraplégie, ou à la date d'établissement du diagnostic de maladie grave ou de maladie en phase terminale, selon le montant de la prestation d'assurance payable; ces intérêts ne doivent pas courir pendant plus de 180 jours.

Intérêts sur le montant du règlement : Intérêts sur le solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré que nous paierons en versant la prestation d'assurance. Ces intérêts sont calculés, au taux et pendant une période que nous déterminons, à compter de la date de votre décès, de la date où vous êtes victime d'une mutilation accidentelle ou devenez paraplégique, ou de la date d'établissement du diagnostic de maladie grave ou de maladie en phase terminale, selon le montant de prestation d'assurance payable; ces intérêts ne devant pas courir plus de 90 jours.

Invalidité : Voir la définition à la section « Invalidité ».

Invalidités simultanées : Voir la définition à la section « Totalement invalide et invalidité totale ».

Invalidité totale et totalement invalide : Voir la définition à la section « Invalidité ».

Lock-out : Il y a lock-out lorsque, en raison d'un conflit de travail, votre employeur ferme temporairement votre lieu d'emploi, sans toutefois mettre fin à votre emploi.

Maladie grave : Voir la définition à la section « Maladie grave ».

Médecin autorisé ou médecin : Personne légalement autorisée à pratiquer la médecine dans la province où son permis d'exercice lui a été délivré par un organisme d'attribution des permis, et qui exerce ses activités dans le cadre de son permis.

Mise à pied : Suspension de votre emploi par votre employeur, avec une possibilité de reprise, durant laquelle votre employeur ne vous verse aucune indemnité.

Montant d'assurance maximale offert : Montant maximal d'assurance vie établi pour tout prêt ou crédit-bail, ce montant étant précisé dans la fiche d'adhésion.

Mutilation accidentelle : Voir la définition à la section « Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie ».

Paraplégie ou paraplégique : Voir la définition à la section « Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie ».

Période d'exclusion pour état de santé préexistant : Voir la définition à la section « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Période d'indemnisation maximale par sinistre : Nombre maximum de mois pendant lesquels nous versons des prestations d'invalidité et de perte d'emploi pour un même sinistre, cette période étant précisée dans la fiche d'adhésion.

Personne assurée : Personne (vous y compris) qui répond à tous les critères d'adhésion et qui souscrit un ou plusieurs types d'assurance dans le cadre du contrat collectif.

Perte d'emploi involontaire : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par perte d'emploi? ».

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime mensuelle - Quiétude

Perte d'emploi récurrente : Voir la définition à la section « Début du versement des prestations pour perte d'emploi ».

Prestation mensuelle maximale payable : Plafond mensuel des prestations d'invalidité et de perte d'emploi que nous versons pour tout prêt ou crédit-bail, ce plafond étant indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Prestations d'assurance-emploi : Prestations monétaires ou autres fournies par tout programme fédéral ou provincial d'assurance-emploi ou d'aide à l'emploi applicable.

Prêt : Prêt que le créancier vous a consenti, pendant une durée déterminée précisée dans le contrat de financement associé à votre prêt.

Prêt ou crédit-bail assuré : Montant de votre prêt ou crédit-bail pour lequel vous avez souscrit l'assurance et pour lequel vous avez acquitté la prime demandée. Le montant d'assurance à l'égard de votre prêt ou crédit-bail peut être inférieur au montant du prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance).

Prime : Voir la définition à la section « À propos de votre prime d'assurance ».

- i) **Prime mensuelle** : Voir la définition à la section « À propos de votre prime d'assurance ».

Professionnel de la santé : Voir la définition à la section « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Récidive de l'invalidité : Voir la définition à la section « Totalemment invalide et invalidité totale ».

Refinancer : Voir la définition à la section « Refinancement de votre prêt ou crédit-bail ».

Retour au travail : Date à laquelle la personne assurée retourne au travail à temps partiel, à temps plein ou progressivement, ou est en affectation temporaire, que ce soit pour y accomplir ses tâches habituelles ou d'autres tâches.

Soins médicaux appropriés : Traitements médicaux que vous recevez. Cela comprend notamment le fait de prendre des pilules ou des médicaments d'ordonnance, de recevoir des injections pour un état de santé quelconque, et de subir des examens exploratoires en raison de la maladie ou de la blessure corporelle à l'origine de la réclamation. Selon notre évaluation, le traitement doit être suffisamment efficace pour vous permettre de rétablir et de restaurer rapidement votre capacité fonctionnelle, notamment en participant à un programme d'ergothérapie, de physiothérapie ou de modification du comportement douloureux ou en recevant des services de consultation psychologique ou psychiatrique.

Solde impayé : Valeur actuelle des paiements à effectuer à l'égard de votre prêt ou crédit-bail (à l'exception du montant de la valeur résiduelle ou de la valeur de rachat) qui est établie selon le moindre des montants suivants :

- i) la somme que vous devez à l'égard de votre prêt ou crédit-bail, telle que déterminée par le créancier;
- ii) le montant de votre prêt ou crédit-bail assuré; ou
- iii) le montant de l'assurance maximale offerte indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Spécialiste : Médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en rapport avec la maladie grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de notre approbation, une affection peut être diagnostiquée par un médecin autorisé exerçant au Canada.

Suicide : Voir la définition à la section « Exclusions applicables à la prestation d'assurance vie et à la prestation du vivant ».

Titulaire du contrat collectif : Titulaire du contrat collectif ou concessionnaire, selon ce qui est indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Tout cancer : Voir la définition à la section « Exclusions applicables à la prestation d'assurance maladies graves ».

Travailleur autonome : Personne qui effectue un travail contre rémunération directement à partir d'une entreprise dont elle est propriétaire, incluant un métier, un emploi, une profession, une société en nom collectif, une société par actions ou une autre entité dans laquelle elle possède des intérêts suffisamment importants pour qu'elle soit en mesure d'influencer, de contrôler ou de diriger son emploi continu et futur.

Travailleur saisonnier : Personne dont l'emploi dépend uniquement et directement de certaines périodes identifiables et prévisibles chaque année civile au cours desquelles il n'y a pas de travail en raison de changements saisonniers dans la température ou autres facteurs naturels, non économiques, limitant la période au cours de laquelle elle peut exercer son emploi.

Valeur résiduelle ou valeur de rachat, comme indiquée dans votre fiche d'adhésion : Paiement effectué en un versement unique et qui est exigible à l'échéance de votre prêt ou crédit-bail. Ce montant n'est pas couvert par l'assurance crédit collective.