

Protection dans le cadre de votre prêt ou crédit-bail

Quiétude

Assurance crédit collective à prime unique

(Vie, mutilation accidentelle ou paraplégie, maladies graves et invalidité)

Guide de produit et certificat d'assurance

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Service à la clientèle – 1-866-287-6200

L'assurance crédit collective à prime unique est souscrite auprès de La Compagnie d'assurance-vie Co-operators et est administrée par Le Groupe financier LGM. Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des règlements, sont offerts par les employés de CUMIS Services Inc., une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

Le programme Quiétude est souscrit par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et administré par le Groupe financier LGM. Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des règlements, sont offerts par les employés de CUMIS Services Inc., une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Pour communiquer avec La Compagnie D'assurance-vie Co-operators, composez le 1.855.587.8595 ou visitez le site www.cooperators.ca

SécurAuto, LGM et les logos correspondants sont des marques de commerce du Groupe financier LGM.

Assurance crédit collective à prime unique

Le présent guide de produit et certificat d'assurance (ci-après appelé « guide de produit ») explique la couverture d'assurance facultative et volontaire à laquelle vous avez adhéré et fait également office de certificat d'assurance.

Veillez le lire conjointement avec la copie remplie de la demande d'adhésion à l'assurance que le titulaire du contrat collectif vous a remise.

Le présent guide de produit contient des renseignements importants sur votre assurance, notamment les conditions pouvant exclure, restreindre ou limiter votre couverture ou vos prestations. Il comporte de l'information sur la couverture offerte aux termes du contrat collectif, y compris les garanties que vous n'avez peut-être pas choisies.

Vous trouverez dans les pages qui suivent un sommaire des principales dispositions du contrat collectif. En cas de conflit entre les conditions du présent guide et celles du contrat collectif, celles du contrat collectif prévaudront.

Certains termes figurant dans le présent guide de produit ont un sens précis. Ces termes sont expliqués à la section « Définitions » du présent guide, ainsi que dans d'autres parties de ce document.

Pour les besoins du présent guide de produit, les termes « vous » et « votre » renvoient à toute personne :

- a) qui est une personne physique (ou des personnes physiques);
- b) qui est désignée dans la demande d'adhésion et qui est admissible à au moins un des types d'assurance offerts aux termes du contrat collectif;
- c) qui a obtenu le prêt ou crédit-bail auprès du créancier :
 - i) dont elle est responsable et dont elle a l'obligation légale de rembourser le solde, en tout ou en partie, en tant qu'emprunteur, coemprunteur, preneur, copreneur, cosignataire, garant ou endosseur; ou
 - ii) 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;
- d) pour laquelle nous avons reçu la prime unique;
- e) à laquelle nous avons remis un guide de produit.

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

Vous pouvez en tout temps demander une copie du contrat collectif et de ses modifications en communiquant avec le titulaire du contrat collectif.

Veillez lire attentivement le présent document et le conserver en lieu sûr. Vous aurez peut-être à le consulter ultérieurement si vous avez des questions au sujet de votre assurance ou si vous devez faire une demande de prestations.

Des questions?

À propos de votre d'assurance

Pour toute question sur votre assurance, veuillez communiquer avec l'administrateur, Groupe financier LGM, au 1-866-287-6200.

À propos de votre prêt ou crédit-bail

Si vous avez des questions au sujet de votre prêt ou crédit-bail, veuillez communiquer avec le créancier dont le nom figure dans votre demande d'adhésion.

Table des matières

Introduction	6
Le contrat collectif	6
Votre certificat d'assurance	6
L'importance de l'assurance à prime unique	6
Aperçu des prestations	6
Versement des prestations	7
Entrée en vigueur de l'assurance	7
Fin de l'assurance	7
Limites relatives aux prestations d'assurance	8
Exclusion relative à un état de santé préexistant	10
Assurance vie	11
Qu'entend-on par prestation d'assurance vie?	11
Qu'entend-on par prestation du vivant?	11
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance vie n'est pas versée ...	12
Qu'entend-on par prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie?	13
Qu'entend-on par mutilation accidentelle ou paraplégie?	13
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou de paraplégie n'est pas versée	13
Assurance maladies graves	14
Adhésion à l'assurance	14
Qu'entend-on par prestation d'assurance maladies graves?	14
Assurance invalidité	19
Qu'entend-on par prestation d'assurance invalidité?	19
Qu'entend-on par invalidité?	19
Début du versement des prestations d'invalidité	22
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'invalidité n'est pas versée	22
Fin des prestations d'invalidité	23
Refinancement de votre prêt ou crédit-bail	24
Que se passe-t-il en cas de refinancement?	24

Présentation d'une demande de règlement	25
Déclaration de sinistre – Délais importants	25
Preuve de sinistre	25
Autres renseignements importants sur les demandes de règlement	26
Délais importants pour intenter une poursuite en justice	27
À propos de votre prime d'assurance	28
Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque	28
Erreur sur l'âge	29
Conformité aux lois	29
Contestabilité de l'assurance	29
Insatisfaction et plainte	29
Méthode de résiliation de l'assurance	30
Définitions	32
Votre vie privée est importante pour nous	36

Introduction

Le contrat collectif

Co-operators Compagnie d'assurance-vie a établi un contrat d'assurance crédit collective au titulaire du contrat collectif dont le nom figure dans la demande d'adhésion. Le contrat collectif prévoit une assurance crédit collective, qui est décrite dans ces pages, à l'intention des emprunteurs ou preneurs admissibles du titulaire du contrat collectif ayant adhéré au régime et acquitté la prime unique exigible.

Le contrat collectif, et le présent guide de produit, est un contrat sans participation, ce qui signifie que votre assurance ne comporte aucune valeur de rachat et ne donne droit à aucune participation.

Votre certificat d'assurance

Vous recevez le présent guide de produit parce que vous avez choisi d'adhérer à au moins un des types d'assurance facultative et volontaire qui vous sont offerts dans le cadre du contrat collectif. Ce document tient lieu de certificat d'assurance et, avec votre demande d'adhésion, constitue une attestation d'assurance au titre du contrat collectif.

Les conditions de votre assurance se trouvent dans :

- votre demande d'adhésion;
- le présent guide de produit;
- le contrat collectif et toutes ses modifications.

Tous les droits et toutes les obligations aux termes du contrat collectif sont régis par les lois en vigueur au Canada et dans votre province de résidence à votre adhésion.

Vous avez le droit d'examiner et d'obtenir, sous réserve de certaines limites d'accès, une copie du contrat collectif et de certaines autres déclarations ou données que vous nous avez transmises, le cas échéant.

L'importance de l'assurance à prime unique

L'assurance crédit collective à prime unique souscrite par Co-operators est un produit d'assurance facultative et volontaire qui procure une sécurité 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, les prestations d'assurance seront payables, sous réserve des conditions et exclusions décrites dans le présent guide de produit.

Aperçu des prestations

- **Assurance vie** : Rembourse ou réduit le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré à votre décès.
- **Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie** : Rembourse ou réduit le solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré si vous êtes victime d'une mutilation accidentelle ou devenez paraplégique.
- **Assurance maladies graves** : Rembourse ou réduit le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré si vous recevez un diagnostic de l'une des maladies graves admissibles.

- **Assurance invalidité** : Vous procure une prestation mensuelle si vous devenez totalement invalide.

Versement des prestations

Les prestations payables sont versées au créancier, qui les utilisera pour réduire ou rembourser le solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré, ou les portera à votre crédit.

Critères d'adhésion à tous les types d'assurance

REMARQUE : Vous devez satisfaire aux critères d'adhésion précisés ci-après. Autrement, vous ne pourrez pas bénéficier de la protection d'assurance décrite dans le présent guide de produit.

Vous pouvez adhérer à l'assurance vie (laquelle comprend la prestation du vivant et l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégié), à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité à l'égard de votre prêt ou crédit-bail si, à la date de prise d'effet de l'assurance indiquée dans votre demande d'adhésion :

- vous êtes un résident canadien et vivez 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 garant 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;
- vous avez entre l'âge admissible minimum et maximum indiqué dans votre demande d'adhésion pour chacun des types d'assurance auxquels vous avez adhéré; et
- vous n'avez pas présenté de demande de prestation du vivant au titre d'une police d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance établi par nous.

Entrée en vigueur de l'assurance

L'assurance crédit collective à prime unique entre en vigueur à la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre demande d'adhésion.

Fin de l'assurance

Toutes les garanties d'assurance auxquelles vous avez adhéré, c'est-à-dire l'assurance vie (y compris la prestation du vivant et l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégié), l'assurance maladies graves ou l'assurance invalidité, prennent fin à la première des éventualités suivantes :

- a) la fin de la durée maximale de l'assurance indiquée dans votre demande d'adhésion;
- b) la date à laquelle vous atteignez l'âge de fin de l'assurance indiqué dans votre demande d'adhésion;
- c) la date de fin de l'assurance indiquée dans votre demande d'adhésion;
- d) la date à laquelle nous recevons votre demande de résiliation écrite ou, dans le cas d'une garantie d'assurance sur plus d'une tête, la demande de résiliation écrite de chacun des assurés;

- e) la date à laquelle votre prêt ou crédit-bail assuré est remboursé en totalité, refinancé, libéré ou pris en charge par une autre personne;
- f) la date à laquelle votre prêt ou crédit-bail prend fin ou est résilié;
- g) 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);
- h) la date à laquelle vous transférez ou cédez votre prêt ou crédit-bail assuré à un créancier qui n'est pas le titulaire du contrat collectif;
- i) la date à laquelle vous avez manqué plus de six versements mensuels consécutifs sur votre prêt ou crédit-bail assuré;
- j) la date à laquelle nous versons la prestation d'assurance vie, la prestation du vivant ou la prestation d'assurance maladies graves aux termes du présent guide de produit;
- k) la date à laquelle nous versons la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplogie si le solde impayé est acquitté en entier par le versement d'une telle prestation;
- l) la date de fin du contrat collectif, conformément aux dispositions prévues au contrat;
- m) l'omission, de votre part ou de la part de votre représentant successoral, de nous fournir une déclaration de sinistre et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans le présent guide de produit; ou
- n) la date de votre décès.

Limites relatives aux prestations d'assurance

Les assurances comportent toutes des limites quant à la durée et au montant d'assurance total qu'il est possible de souscrire. Outre ces limites, l'assurance invalidité prévoit également des limites quant à la durée du service des prestations en cas de sinistre. 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).

Période d'indemnisation maximale par sinistre : Nombre maximum de mois pendant lesquels nous versons des prestations d'invalidité pour un même sinistre; cette période est précisée dans la demande d'adhésion.

Montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) : Montant maximal d'assurance vie, d'assurance mutilation accidentelle ou paraplogie ou d'assurance maladies graves que nous établirons pour tout prêt ou crédit-bail; ce montant est précisé dans la demande d'adhésion.

Les prestations d'invalidité seront limitées au montant de l'assurance vie ou de l'assurance maladies graves.

REMARQUE : Toute prestation d'assurance vie, prestation du vivant ou prestation pour maladie grave payable comprendra la prime unique, même si le « montant du prêt ou crédit-bail assuré », indiqué dans votre demande d'adhésion, excède le montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance).

Prestation mensuelle maximale payable : Montant maximal de prestations d'invalidité que nous verserons mensuellement pour tout prêt ou crédit-bail; ce montant est précisé dans la demande d'adhésion.

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

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 assurance prendra fin et aucune prestation ne sera versée par la suite. Si la durée de votre prêt ou crédit-bail est supérieure à la durée maximale de l'assurance, vous pourrez souscrire une nouvelle protection 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 demande d'adhésion;
- le versement de sommes applicables à votre prêt ou crédit-bail est effectué après la date d'effet de l'assurance.

Aucune prestation ne sera versée après la fin de votre assurance.

Si le « montant du prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance) » ou le « montant du paiement du prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance) » est supérieur au montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) ou à la prestation mensuelle maximale payable qui figure dans la demande d'adhésion, le montant d'assurance consenti dans le cadre de votre prêt ou crédit-bail assuré sera limité aux montants précisés.

En cas de sinistre, on calcule la prime unique et les prestations à verser sur la base de ces montants d'assurance limités.

Réduction des prestations

Si le « montant du prêt ou crédit-bail assuré » est inférieur au « montant du prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance) » (ces deux montants figurent dans votre demande d'adhésion), un pourcentage de la couverture est calculé, et le montant de la prestation est réduit proportionnellement. L'assurance à prime unique est établie en fonction du montant du prêt ou crédit-bail et la prestation versée, le cas échéant, est calculée au prorata.

Si le montant du prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance) excède le montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance), le montant de la prestation sera réduit proportionnellement.

Par exemple :

Si le « montant du prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance) » s'élève à 120 000 \$ et que le « montant du prêt ou crédit-bail assuré » qui figure sur votre demande d'adhésion est de 60 000 \$, la prestation d'assurance vie, la prestation du vivant ou la prestation d'assurance maladies graves correspondra à 50 % (soit 60 000 \$ divisés par 120 000 \$) du solde impayé du prêt ou crédit-bail, plus 50 % des intérêts courus et des intérêts sur le montant du règlement.

De même, si le montant du prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance) s'élève à 125 000 \$ et que le montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) est de 100 000 \$, la prestation d'assurance vie, la prestation du vivant ou la prestation d'assurance maladies graves correspondra à 80 % (soit 100 000 \$ divisés par 125 000 \$) du solde impayé du prêt ou crédit-bail, plus 80 % 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 unique ne sera pas remboursée si votre demande de prestation d'assurance vie, de prestation du vivant, de prestation d'assurance maladies graves ou de prestations d'invalidité totale découle directement ou indirectement d'un état de santé préexistant, ou y est liée de quelque façon que ce soit.

Un **état de santé préexistant** est une affection, une 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 des traitements médicaux pendant la période d'exclusion pour état de santé préexistant indiquée dans votre demande 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 dûment autorisé ou d'un professionnel de la santé agréé. Cela comprend notamment l'obtention de traitements médicaux ou paramédicaux, les examens exploratoires, la prise de pilules ou de tout médicament d'ordonnance, ou la réception d'injections pour toute affection ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une demande de prestations.
- Un **professionnel de la santé** est une 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?

Aucune prestation ne sera versée si une affection pour laquelle vous aviez présenté des symptômes ou reçu des traitements pendant une période déterminée précédant le début de votre assurance est à l'origine de votre demande de prestation d'assurance vie, de prestation du vivant, de prestation pour maladie grave ou de prestation d'invalidité totale au cours d'une période déterminée suivant le début de votre assurance. Ces périodes déterminées sont indiquées ensemble dans votre demande d'adhésion en tant que période d'exclusion pour état de santé préexistant.

Par exemple :

Votre demande d'adhésion prévoit une période d'exclusion pour état de santé préexistant de « 6/6 ». Or, cinq mois avant le début de l'assurance, vous avez présenté des symptômes et avez reçu des traitements pour un problème cardiaque. Si votre demande de prestation d'assurance vie, de prestation du vivant, de prestation d'assurance maladies graves ou de prestation d'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 vous répondez à tous les critères d'adhésion à la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre demande d'adhésion, nous verserons des prestations d'assurance si votre demande de prestation d'assurance vie, de prestation du vivant, de prestation pour maladie grave ou de prestation d'invalidité totale découlant de votre problème cardiaque est présentée à n'importe quel moment après que votre assurance ait été en vigueur pendant six mois complets.

Si votre demande de prestations au titre de l'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 demande 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 d'assurance vie, de prestation du vivant, de prestation d'assurance maladies graves ou de prestation d'invalidité totale découle d'un état de santé préexistant.

Assurance vie

Qu'entend-on par prestation d'assurance vie?

Si vous avez adhéré à l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans le présent guide de produit, 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 pourra pas 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 d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) indiqué dans la demande 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), le montant de la prestation sera réduit comme il est indiqué à la section « Réduction des prestations ».

La prestation d'assurance vie est assujettie aux restrictions et exclusions décrites dans le présent guide de produit.

Qu'entend-on par prestation du vivant?

Si vous avez adhéré à l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans le présent guide de produit, vous êtes alors admissible à la prestation du vivant.

Si vous recevez le diagnostic d'une maladie en phase terminale (c'est-à-dire que votre espérance de vie est d'au plus 12 mois) de la part d'un médecin dûment 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 déposée avant le décès.

Nous verserons au créancier une prestation correspondant au solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré, dont le calcul est établi par le créancier, à la date de diagnostic de votre maladie en phase terminale.

Le montant d'assurance payable au titre de la prestation du vivant ne dépassera pas le moins élevé des montants suivants :

- le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré à la date de diagnostic, multiplié par le pourcentage de couverture calculé; ou
- le montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) indiqué dans la demande d'adhésion.

Nous paierons aussi le montant des 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 (à l'exclusion de l'assurance), le montant de la prestation du vivant sera réduit comme il est indiqué à la section « Réduction des prestations ».

La prestation du vivant est assujettie aux restrictions et exclusions décrites dans le présent guide de produit.

EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance vie n'est pas versée

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;
- 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);
- votre perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- votre consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un médecin dûment autorisé ou pris selon ses directives;
- votre conduite ou contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé; ou
- l'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 le présent guide de produit.

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 demande d'adhésion, vous vous enlevez la vie, quel que soit votre état mental et 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 unique, comme il est indiqué à la section « Remboursement de la prime unique lors de la résiliation ».

Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie

Qu'entend-on par prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie?

Si vous avez adhéré à l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans le présent guide de produit, 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, dont le calcul est établi par le créancier, à la date de votre mutilation accidentelle ou de votre paraplégie.

Qu'entend-on par mutilation accidentelle ou paraplégie?

Mutilation accidentelle : Perte d'une main ou des deux mains en cas d'amputation complète au niveau ou au-dessus du poignet, de la perte d'un pied ou des deux pieds en cas d'amputation complète au niveau de la cheville ou au-dessus, ou la 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;
- le montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) indiqué dans la demande 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), le montant de la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie sera réduit comme il est indiqué à la section « Réduction des prestations ».

La prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie est assujettie aux restrictions et exclusions décrites dans le présent guide de produit.

EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou de paraplégie n'est pas versée

Aucune prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie n'est payable lorsque la perte est directement ou indirectement causée par ce qui suit :

- a) une tentative de suicide ou d'automutilation, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste;
- b) une automutilation volontaire;
- c) la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;

- d) une guerre ou tout fait de guerre;
- e) un traitement médical ou chirurgical;
- f) la conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies par l'alcool ou des drogues;
- g) l'usage de narcotiques ou d'autres médicaments non prescrits par un médecin ou un chirurgien dûment autorisé; ou
- h) l'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 le présent guide de produit.

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 demande d'adhésion :

- vous avez également adhéré à l'assurance vie à l'égard de votre prêt ou crédit-bail; et
- vous n'avez fait aucune demande de prestations d'assurance maladies graves au titre d'une police d'assurance collective ou d'un certificat d'assurance établi par nous.

Le montant d'assurance maladies graves que vous souscrivez doit être égal à votre montant d'assurance vie.

Qu'entend-on par prestation d'assurance maladies graves?

Si vous avez adhéré à l'assurance maladies graves et que vous remplissez les conditions énoncées dans le présent guide de produit, à la date du 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 il est indiqué dans le présent guide de produit.

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 au moins élevé des montants suivants :

- le solde impayé du prêt ou crédit-bail assuré à la date de diagnostic, multiplié par le pourcentage de couverture calculé; ou
- le montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) indiqué dans la demande 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 « Réduction des prestations ».

La prestation d'assurance maladies graves est assujettie aux restrictions et exclusions décrites dans le présent guide de produit.

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

Qu'entend-on par maladie grave?

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.

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.*

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

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.

Aux fins du présent guide de produit, 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'un « 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.*

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

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.

Aux fins du présent guide de produit :

- 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 :
 - i) 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
 - ii) 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 T1s 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 ganglions lymphatiques 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 ganglions lymphatiques 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.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste, et confirmé par un rapport de pathologie.

EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée

Aucune prestation d'assurance maladies graves n'est payable lorsque votre affection est attribuable à ce qui suit :

- 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 énuméré 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 automutilation ou d'une tentative de vous enlever la vie, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste;
- votre perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- votre consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un médecin dûment autorisé ou pris selon ses directives;

- votre conduite ou contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé; ou
- l'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 le présent guide de produit.

Période d'exclusion du cancer de 90 jours

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera 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 cancer (couvert ou non au titre du contrat); ou
- avez reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du présent guide de produit).

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

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 demande 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. Nous expliquons cette disposition plus en détail 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 :
 - a) vous présentiez des signes ou des symptômes apparents de tout cancer; ou
 - b) vous avez tenté d'obtenir ou obtenu des conseils ou soins médicaux (ou une personne prudente aurait tenté d'en obtenir ou en aurait obtenus) liés aux signes ou aux symptômes apparents de tout cancer;

nous ne verserons 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 du présent guide de produit).
- **Cancer couvert** : Forme de cancer couverte par l'assurance maladies graves au titre du présent guide de produit, 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 du présent guide de produit.

Assurance invalidité

Qu'entend-on par prestation d'assurance invalidité?

Nous paierons au réancier une prestation d'invalidité mensuelle égale à la prestation d'invalidité mensuelle assurée précisée dans votre demande d'adhésion si vous devenez totalement invalide et que votre demande de prestations d'invalidité totale est approuvée, à condition d'avoir adhéré à l'assurance invalidité et de répondre aux conditions du présent guide de produit.

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

Le montant des prestations d'invalidité ne dépassera pas ce qui suit :

- le montant d'assurance que vous avez demandé; ou
- la période d'indemnisation maximale par sinistre indiquée dans votre demande d'adhésion.

À noter que le paiement de votre prêt ou crédit-bail qui n'est pas couvert par la prestation d'assurance invalidité demeure à votre charge.

La prestation d'assurance invalidité est assujettie aux restrictions et exclusions décrites dans le présent guide de produit.

Qu'entend-on par invalidité?

Une **invalidité** est une déficience médicale découlant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'accomplir les fonctions habituelles de votre emploi principal pendant les 12 premiers mois d'invalidité et, après cette période, vous empêche d'accomplir les fonctions de tout emploi.

Pour être admissible à recevoir des prestations d'invalidité, vous devez :

- être considéré comme étant effectivement au travail;
- recevoir des soins médicaux appropriés d'un médecin dûment autorisé que nous jugeons compétent, pour une maladie ou une blessure accidentelle attestée par un médecin, 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 pouvons maintenir le versement des prestations d'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 pendant votre invalidité, nous pouvons vous demander de vous soumettre à une évaluation, si nous le jugeons nécessaire.

Effectivement au travail : Le fait d'occuper un emploi contre rémunération ou profit et d'être en mesure d'en exercer les fonctions importantes et essentielles, à raison d'au moins 20 heures par semaine pendant chacune des deux semaines consécutives précédant immédiatement la date d'effet de l'assurance, ou sinon, à tout moment après la date d'effet de l'assurance et avant le début de l'invalidité totale.

Termes propres à l'assurance invalidité et leur signification

Délai de carence

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 et le moment où vous devenez admissible aux prestations; il peut être **non rétroactif** ou **rétroactif**. Vous devez devenir totalement invalide et le demeurer pendant toute la durée du délai de carence avant d'être admissible aux prestations.

Nous commencerons à verser les prestations d'invalidité dès que le délai de carence aura pris fin.

- a) **Délai de carence non rétroactif** signifie que nous ne verserons pas de prestations rétroactivement au créancier depuis le début de votre invalidité totale.
- b) **Délai de carence rétroactif** signifie que nous verserons au créancier les prestations rétroactivement, soit depuis le début de votre invalidité totale.

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

Totalement invalide et invalidité totale

Si vous occupez un emploi ou que vous êtes un travailleur autonome ou saisonnier 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 emploi principal; 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 tout emploi 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 expressions « totalement invalide » et « invalidité totale » s'entendent du :

- a) 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 signifie la capacité de satisfaire tous les besoins de base : 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 d'invalidité est la prolongation de votre invalidité totale initiale. Dans un tel cas, le délai de carence indiqué dans votre demande d'adhésion ne s'appliquera pas.

Les prestations en cas de récidive de l'invalidité, qu'elles soient versées de manière continue ou en une somme forfaitaire, ne peuvent excéder la « période d'indemnisation maximale par sinistre » indiquée dans votre demande d'adhésion.

Invalidités simultanées

Il y a « invalidités simultanées » si une seconde invalidité totale survient pendant que vous recevez des prestations d'invalidité pour une affection différente.

Dans un tel cas, une nouvelle demande de prestations peut être présentée, sous réserve des conditions suivantes :

- la cause de l'affection médicale ne doit pas être liée (directement ou indirectement) à l'invalidité totale initiale; et
- si votre demande est approuvée et que vous êtes toujours totalement invalide en raison de cette seconde invalidité, vous recevrez des prestations pour la seconde invalidité 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 votre demande de prestations approuvée, nous commencerons à verser au créancier les prestations d'invalidité dès la fin 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 demande d'adhésion. Le montant total des prestations d'invalidité versées est assujéti à la période maximale d'indemnisation par sinistre également indiquée dans votre demande d'adhésion.

EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'invalidité n'est pas versée

Aucune prestation d'invalidité n'est payable si 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 considérée comme « à risque élevé » par un médecin dûment autorisé que nous jugeons compétent);
- a commencé pendant que vous étiez incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention gouvernemental, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- a commencé après la fin de votre protection d'assurance;
- est la conséquence directe ou indirecte d'une tentative de vous enlever la vie, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste;
- est liée à votre perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- est liée à votre usage ou votre consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques ou intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un médecin dûment autorisé ou pris selon ses directives, ou liée à votre inscription à un programme de réadaptation pour toxicomanes;
- résulte de la conduite ou du contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé;
- est liée à une intervention chirurgicale non urgente; ou
- si vous ou votre représentant successoral omettez de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans le présent guide de produit.

Fin des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité sont versées jusqu'à la première des dates 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 demande d'adhésion;
- la date d'exigibilité de votre paiement de la valeur résiduelle ou de la valeur de rachat;
- la date à laquelle vous avez été incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention gouvernemental, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- 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 d'un médecin;
- la date à laquelle vous refusez de vous soumettre à l'examen médical d'un médecin de notre choix;
- la date de fin de votre assurance indiquée à la section « Fin de l'assurance »;
- la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante d'invalidité totale continue; ou
- la date de votre décès.

Refinancement de votre prêt ou crédit-bail

Le terme **refinancer** signifie que vous et le créancier convenez de refinancer, de remplacer, de renouveler, de prolonger ou autrement de modifier (collectivement, « refinancer ») votre prêt ou crédit-bail assuré. L'assurance prévue au titre du présent guide de produit 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 en fonction du montant du nouveau prêt ou crédit-bail, vous recevrez un nouveau guide de produit qui remplacera toutes les conditions de votre certificat d'assurance précédent.

Toutes les exclusions, restrictions et limitations relatives à votre nouvelle protection d'assurance et à vos nouveaux montants d'assurance s'appliqueront à compter de la date d'effet de l'assurance. Celles-ci comprennent notamment les exclusions concernant les états de santé préexistants et les délais de carence applicables à l'assurance invalidité.

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 demande de prestations dans le cas du prêt ou crédit-bail refinancé est refusée en raison d'une exclusion prévue par le nouveau guide de produit (mais non prévue par le guide de produit initial), nous vous verserons une prestation d'assurance vie ou invalidité dont le montant sera limité. On calcule le montant de ces prestations en fonction du type d'assurance et du montant des prestations qui aurait été versé au titre du guide de produit 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 collective des créanciers offert par 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 présenter une demande d'assurance invalidité à l'égard du nouveau montant du prêt ou crédit-bail. Tant que vous demeurerez totalement invalide, nous vous verserons des prestations d'invalidité, conformément à la protection prévue au titre de votre certificat d'assurance précédent, et votre assurance invalidité demeurera en vigueur. Cependant, vos prestations d'invalidité ne peuvent pas excéder ce qui suit :

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

Présentation d'une demande de règlement

Déclaration de sinistre – Délais importants

REMARQUE : En cas de sinistre, veuillez communiquer avec CUMIS Services Inc., une filiale en propriété de La Compagnie d'assurance-vie Co-operators, dès que possible. Vous devrez nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre dans les délais précisés dans le présent guide de produit. Autrement, nous pourrions refuser votre demande de règlement et ne payer aucune prestation.

Le processus de demande diffère selon le type de prestations demandées. Voir la section Preuve de sinistre ci-dessous.

Coordonnées du Service des règlements

CUMIS, une division de Co-operators Compagnie d'assurance-vie
C.P. 5065, 151 North Service Rd.,
Burlington, ON L7R 4C2
À l'attention du Service des règlements

Sans frais : 1.800.263.9120
Télécopieur confidentiel sans frais : 1-800-897-7065
Courriel confidentiel : claims.centre@cumis.com

Preuve de sinistre

Demande de prestation d'assurance vie

Dans le cas d'une demande de prestation d'assurance vie, CUMIS est le premier point de contact pour vos proches ou votre représentant successoral.

Nous coordonnerons l'obtention des formulaires de demande de règlement requis et tout autre renseignement que nous exigeons concernant votre prêt ou crédit-bail. Une fois que notre décision sera prise, nous en aviserons l'administrateur. Votre représentant successoral peut en tout temps communiquer avec nous ou avec l'administrateur pour connaître l'état de la demande.

REMARQUE : Votre représentant successoral doit soumettre une déclaration et une preuve de sinistre **dans l'année qui suit** la date de votre décès. Cette preuve doit comprendre une attestation de votre décès ainsi que toute autre pièce justificative que nous pouvons exiger.

Demande de prestation du vivant ou de prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie, maladies graves et invalidité

Pour présenter une demande de prestation du vivant ou de prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie, maladies graves et invalidité, veuillez communiquer avec CUMIS au 1.800.263.9120. Lors de votre appel initial, nous commencerons par vous poser des questions afin de valider votre identité et votre prêt ou crédit-bail. L'information dont nous avons besoin pour établir votre droit à indemnisation peut différer selon le type de prestations demandées.

Après le dépôt de votre demande de prestations, nous vous informerons si nous avons besoin de documents ou de renseignements supplémentaires. Nous vous demanderons également de remplir et de nous retourner un formulaire d'autorisation nous permettant d'obtenir de l'information directement auprès de vos médecins, de votre employeur ou de toute autre source que nous jugeons pertinente.

Veillez noter que vous demeurez légalement responsable d'effectuer les paiements à l'égard du remboursement de votre prêt ou crédit-bail au créancier pendant l'étude de votre demande de prestations. Vous et le créancier serez informés par écrit de notre décision. Si votre demande est acceptée, nous verserons les prestations décrites dans le présent guide de produit. Autrement, si votre demande est refusée, nous vous expliquerons les motifs de notre décision.

*REMARQUE : Pour l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégié, les demandes de prestations, 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 la prestation d'assurance maladies graves ou invalidité, vous devez nous fournir un avis écrit **dans les 30 jours** suivant la date de survenance du sinistre (soit la date à laquelle vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale ou un diagnostic de maladie grave, ou êtes devenu totalement invalide pour la première fois). Vous devez également présenter une preuve de sinistre, sous une forme que nous jugeons acceptable, **dans les 90 jours** suivant la date de survenance 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.*

Autres renseignements importants sur les demandes de règlement

Recours en cas de refus

Si nous refusons votre demande de règlement 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 la demande reçue, nous réviserons votre dossier et vous informerons de notre décision.

Si vous n'êtes pas satisfait de notre décision, nous vous fournirons de l'information sur les prochaines mesures à prendre. Vous pourrez notamment communiquer avec notre Bureau de l'ombudsman.

Adresse : Bureau de l'ombudsman
Groupe Co-operators limitée
130 Macdonell Street
Guelph (Ontario) N1H 6P8

Courriel : ombuds@cooperators.ca

Téléphone : 1-877-720-6733

Si vous demeurez en Saskatchewan, vous pouvez également communiquer avec le surintendant des assurances :

Adresse : Administration des affaires financières et des consommateurs
de la Saskatchewan
Division des assurances et de l'immobilier
À l'attention du Surintendant des assurances
601-1919 Saskatchewan Drive
Regina (Saskatchewan) S4P 4H2

Courriel : fcaa@gov.sk.ca

Téléphone : 1-306-787-6700

Télécopieur : 1-306-787-9006

Délais importants pour intenter une poursuite en justice

Les lois provinciales sur les assurances stipulent ce qui suit :

Toute action ou poursuite intentée contre l'assureur pour le recouvrement des sommes payables au titre du présent contrat se prescrit par le délai prévu dans la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable.

Cela signifie que si nous refusons votre demande de règlement ou mettons fin au versement de vos prestations, les lois provinciales imposent des limites strictes quant aux délais impartis pour intenter une poursuite en justice contre nous. Ce délai commence à courir le jour où nous refusons initialement votre demande de règlement 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'un assuré décède, subit une mutilation accidentelle ou une paraplégie ou reçoit un diagnostic de maladie grave ou de maladie en phase terminale, nous ne verserons qu'une seule prestation, et ce, au premier assuré à présenter une demande de règlement. Par la suite, l'assurance décrite dans le présent guide de produit prendra fin. Aucune somme supérieure au solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré ne sera versée, et la prestation payable ne pourra excéder le montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance).

Invalidité

Si plus d'un assuré présente une demande de prestations d'invalidité totale 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 limitera à la période d'indemnisation maximale par sinistre et à la prestation mensuelle maximale payable.

Droits d'examen

Nous pouvons vous demander de vous soumettre à un examen médical effectué par un médecin de notre choix. Nous paierons les coûts de cet examen, mais nous ne verserons aucune prestation si vous refusez de vous soumettre à l'examen.

Autres renseignements sur votre assurance

À propos de votre prime d'assurance

Prime unique : Somme forfaitaire unique, qui représente la prime totale à payer pour toutes les couvertures que vous avez souscrites. La prime unique est considérée comme le coût de votre assurance.

Lorsque vous adhérez à l'assurance, la « prime totale unique » indiquée dans votre demande d'adhésion correspond à la somme de toutes les primes exigibles, plus les taxes applicables. Cette somme est ajoutée au montant de votre prêt ou crédit-bail à assurer, lequel figure aussi dans votre demande d'adhésion.

Paiement des primes

Pour chaque type d'assurance souscrit, votre prime unique et les taxes applicables sont indiquées dans votre demande d'adhésion sous forme de montant forfaitaire. Ce montant est inclus dans le « montant du prêt ou crédit-bail assuré », lequel figure aussi dans votre demande d'adhésion.

Rabais pour assurés multiples

Si plus d'un assuré est indiqué dans la demande d'adhésion comme ayant souscrit le même type d'assurance au titre du prêt ou crédit-bail assuré, un rabais sera appliqué à la prime unique.

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 résiliation, et nous honorerons toute demande de règlement valide présentée avant cette date.

Monnaie

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

Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque

Si, à toute étape d'une demande de règlement, vous dénaturez des renseignements (c'est-à-dire, si vous fournissez des renseignements inexacts ou omettez de divulguer des renseignements) qui sont importants pour l'évaluation du risque, votre assurance pourrait être annulée et être traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur. En cas de fausse déclaration, nous refuserons votre demande de règlement et, sauf en cas de fraude, nous vous rembourserons votre prime unique, 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 unique, la responsabilité de Co-operators Vie se limite à vous rembourser la prime unique payée, et votre assurance sera annulée et traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur. Le cas échéant, nous refuserons votre demande de prestations et vous rembourserons votre prime unique, 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 protection en vigueur.

Conformité aux lois

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

Contestabilité de l'assurance

Période de contestabilité

Si vous présentez une demande de prestations au cours des deux premières années d'assurance, nous vérifierons l'information fournie dans votre demande 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 si vous indiquez des renseignements erronés concernant votre âge, une fois que votre assurance aura été en vigueur pendant deux ans, nous ne vérifierons généralement votre information qu'en cas d'indice de fraude. Cette période de deux ans, parfois appelée période de contestabilité, est un concept établi par la loi provinciale sur les assurances.

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 avez une insatisfaction à l'égard de votre demande de règlement, de votre contrat ou des services que vous avez reçus, il vous suffit de suivre quelques étapes simples pour vous faire entendre.

Pour commencer, consultez le site Web de notre société pour obtenir des renseignements sur notre processus de traitement des plaintes:

<https://www.cooperators.ca/fr-CA/have-an-insurance-concern/compliments-concerns/life-insurance-resolution.aspx>

Méthode de résiliation de l'assurance

Votre protection d'assurance auprès de Co-operators Vie est entièrement facultative et volontaire, et vous pouvez la résilier en tout temps.

Toutefois, sachez que votre prêt ou crédit-bail peut vous obliger à souscrire une assurance à l'intention du titulaire du contrat collectif.

Pour résilier votre assurance, veuillez communiquer avec l'administrateur au 1-866-287-6200.

Vous disposez de 30 jours à compter de la date d'effet de l'assurance pour examiner ce guide de produit.

Si vous résiliez votre assurance dans les 30 jours suivant la date d'effet de l'assurance, vous recevrez le remboursement complet de toute prime unique payée, à condition de n'avoir présenté aucune demande de règlement, et votre assurance sera réputée n'avoir jamais été en vigueur.

Vous pouvez également résilier cette assurance à tout moment après la période d'examen de 30 jours conformément au présent guide de produit, et la prime unique sera remboursée partiellement.

Remboursement de la prime unique lors de la résiliation

Si vous demandez la résiliation de votre assurance après la période d'examen de 30 jours et avant le dernier jour de la « durée maximale de l'assurance » indiquée dans votre demande d'adhésion, nous effectuerons un remboursement partiel de la prime unique au créancier.

Si le montant de la prime unique a été ajouté à votre prêt ou crédit-bail, le créancier appliquera le remboursement à la réduction ou au règlement de votre prêt ou crédit-bail assuré.

Le remboursement de votre prime unique sera calculé par l'administrateur selon la méthode choisie par le créancier. Nous calculerons le montant du remboursement de la prime unique au moyen de la formule de remboursement détaillée ci-dessous, sauf si la loi exige le recours à une méthode de calcul différente.

Remboursement selon la règle de 78

Si la formule de remboursement choisie par le créancier est la « règle de 78 », le remboursement de votre prime unique sera calculé comme suit :

Remboursement selon la règle de 78 :

$$\frac{(PU-FC) \times T \times (T+1)}{N \times (N+1)}$$

Dans la formule ci-dessus :

- a) PU : Prime unique pour votre couverture d'assurance, moins les taxes applicables;
- b) T : Nombre total de mois restants sur la période d'assurance initiale, arrondi à la hausse ou à la baisse au mois entier le plus près;
- c) N : Nombre total de mois de votre période d'assurance initiale.

Formule de remboursement au prorata

Si la formule de remboursement choisie par le créancier est « au prorata », le remboursement de votre prime unique sera calculé comme suit :

Formule de remboursement au prorata :
$$\frac{PU \times T}{N}$$

Dans la formule ci-dessus :

- a) PU : Prime unique pour votre protection d'assurance, incluant les taxes applicables;
- b) T : Nombre total de jours restants de votre période d'assurance initiale;
et
- c) N : Nombre total de jours de votre période d'assurance initiale.

Formule de remboursement à intérêts simples

Si la formule de remboursement choisie par le créancier est « intérêts simples », le remboursement de votre prime unique sera calculé comme suit :

Formule de remboursement à intérêts simples (SIPA au temps T) - (SIP au temps T)

Où :

- a) SIPA : Solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré, calculé selon le taux de crédit indiqué dans vos documents de prêt ou crédit-bail (ce taux comprend le coût de la prime unique ajouté au montant du prêt ou crédit-bail);
- b) SIP : Ce qu'aurait été le solde impayé de votre prêt ou crédit-bail si vous n'aviez pas souscrit l'assurance à prime unique pour votre prêt ou crédit-bail, calculé selon le taux d'intérêt indiqué dans vos documents de prêt ou crédit-bail (ce taux ne comprend pas le coût de la prime unique ajouté au montant du prêt ou crédit-bail);
- c) Temps T : Date de résiliation de votre assurance à prime unique.

Pour savoir à combien s'élèverait le remboursement de votre prime unique, communiquez avec l'administrateur. Si la date de résiliation survient plus de 30 jours après la date de prise d'effet de l'assurance, des frais administratifs de cent dollars (100 \$) seront déduits de tout remboursement exigible selon les règles en vigueur dans votre province. Nous n'effectuons aucun remboursement de moins de dix dollars (10 \$) ou si nous avons annulé votre assurance pour cause de fraude.

Définitions

Certains termes figurant dans le présent guide de produit ont un sens précis. 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

(AVC) : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par maladie grave? ».

Activités de la vie quotidienne :

Voir la définition à la section « Termes propres à l'assurance invalidité et leur signification ».

Administrateur : Groupe financier LGM ou tout autre administrateur que nous pouvons désigner de temps à autre.

Assuré : 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.

Cancer : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par maladie grave? ».

Cancer couvert : Voir la définition à la section « EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée ».

Cancer non couvert : Voir la définition à la section « EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée ».

Conseils ou soins 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 titulaire du contrat collectif et par lequel les garanties d'assurance vie, mutilation accidentelle ou paraplégie, maladies graves et invalidité sont offertes à toutes les personnes admissibles qui décident d'y adhérer et acquittent la prime unique exigible.

Créancier : Concessionnaire autorisé de véhicules automobiles ou récréatifs participant, ou institution financière ayant consenti votre prêt ou crédit-bail, comme le stipule votre demande d'adhésion à l'assurance.

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 restrictions, pour une période déterminée et selon des modalités de paiement précisées.

Crise cardiaque : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par maladie grave? ».

Date d'effet de l'assurance : Date d'entrée en vigueur de l'assurance indiquée dans votre demande 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 confirmée par biopsie, afin de déterminer la présence et l'étendue d'une affection en particulier.

Délai de carence : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

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

Diagnostic et diagnostiqué : Diagnostic formel écrit d'une affection médicale effectué par un médecin dûment autorisé et en mesure de poser ce type de diagnostic.

Durée maximale de l'assurance : Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Effectivement au travail : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

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

Employé 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.

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 ».

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 la prestation d'assurance payable; ces intérêts ne doivent pas courir plus de 90 jours.

Invalidité : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Invalidité totale et totalement invalide : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Invalidités simultanées : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Maladie grave : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par maladie grave? ».

Médecin dûment 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.

Montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) : Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Montant du prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance) : Montant total à financer à l'égard de votre prêt ou crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance à prime unique) et qui a été approuvé par le créancier à la date d'effet de l'assurance indiquée dans votre demande d'adhésion.

Mutilation accidentelle : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par mutilation accidentelle ou paraplégie? ».

Paraplégie ou paraplégique : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par 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 : Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Prestation mensuelle maximale payable : Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

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 assuré de votre prêt ou crédit-bail pour lequel vous avez souscrit l'assurance et pour lequel vous avez acquitté la prime unique 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 unique : 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 « Qu'entend-on par invalidité? ».

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

Retour au travail : Date à laquelle l'assuré 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 une affection quelconque, et de subir des examens exploratoires en raison de la maladie ou de la blessure corporelle ayant donné lieu à la demande de prestations. Selon notre évaluation, les traitements doivent être efficaces et permettre une réadaptation et un rétablissement rapides de vos capacités fonctionnelles, notamment par la participation à un programme d'ergothérapie, de physiothérapie ou de modification du comportement douloureux ou de 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) et établie selon le moindre des montants suivants :

- i) la somme que vous devez à l'égard de votre prêt ou crédit-bail, telle qu'elle a été établie par le créancier;
- ii) le montant de votre prêt ou crédit-bail assuré; ou
- iii) le montant d'assurance maximale offert (à l'exclusion de la prime d'assurance) indiqué dans la demande d'adhésion.

Spécialiste : Médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en rapport avec la maladie ou l'affection 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 d'absence ou d'indisponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de notre approbation, une affection peut être diagnostiquée par un médecin dûment autorisé exerçant au Canada.

Suicide : Voir la définition à la section « EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance vie n'est pas versée ».

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

Tout cancer : Voir la définition à la section « EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée ».

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 permanent 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, tel qu'elle est indiquée dans votre demande 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 assuré au titre de l'assurance à prime unique.

Votre vie privée est importante pour nous

Co-operators Compagnie d'assurance-vie reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls certains membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels, et ce, afin d'exécuter leurs fonctions. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi.

Nous pouvons également communiquer vos renseignements personnels au titulaire du contrat collectif et à ses sociétés affiliées, aux sociétés affiliées de Co-operators Compagnie d'assurance-vie ou à toute entité avec qui le titulaire du contrat collectif ou Co-operators Compagnie d'assurance-vie a pris des dispositions en vue de vous informer des produits et services pouvant vous intéresser. Vous pouvez empêcher que vos renseignements personnels soient partagés ou utilisés à ces autres fins en communiquant avec nous.

Pour en savoir plus sur nos règles de confidentialité, visitez les sites www.cooperators.ca/fr-CA/ et www.lgm.ca/fr/confidentialite. Si vous avez des questions sur la protection de vos renseignements personnels, appelez-nous sans frais au 1-800-510-8372, envoyez-nous un courriel à l'adresse customerservice@lgm.ca, ou écrivez-nous à l'adresse suivante : Co-operators Compagnie d'assurance-vie, a/s Groupe financier LGM, 1021 West Hastings Street, bureau 400, Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 03C, à l'attention du responsable de la protection de la vie privée.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Service à la clientèle – 1-866-287-6200

L'assurance crédit collective à prime unique est souscrite auprès de La Compagnie d'assurance-vie Co-operators et est administrée par Le Groupe financier LGM. Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des règlements, sont offerts par les employés de CUMIS Services Inc., une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

Le programme Quiétude est souscrit par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et administré par le Groupe financier LGM. Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des règlements, sont offerts par les employés de CUMIS Services Inc., une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Pour communiquer avec La Compagnie D'assurance-vie Co-operators, composez le 1.855.587.8595 ou visitez le site www.cooperators.ca