

**GUIDE DE DISTRIBUTION  
ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS  
(À PRIME UNIQUE)**

**NUMÉRO DE POLICE 85275779**

**Co-operators Compagnie d'assurance-vie**

# **GUIDE DE DISTRIBUTION ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS (À PRIME UNIQUE)**

## **Nom du produit d'assurance**

Assurance collective des créanciers (à Prime Unique)

## **Type de produit d'assurance**

Assurance en cas de décès, d'invalidité, de maladie grave ou de perte d'Emploi, pour Vos Prêts ou Locations

## **Nom et adresse de l'Assureur:**

**Co-operators Compagnie d'assurance-vie** (l' « Assureur » ou « Nous »)  
1920 College Avenue,  
Regina, Saskatchewan S4P 1C4

## **Nom et adresse du concessionnaire (sous la forme d'un autocollant, d'un cachet, écrit à la main ou en format électronique) :**

**Nom :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone :**

**Numéro de télécopieur :**

*Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers*

**L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert dans le présent guide de distribution. L'Assureur est seul responsable des divergences entre les libellés du guide de distribution et de la Police.**

## **Table des matières**

<b>I. DÉFINITIONS</b>	4
<b>II. INTRODUCTION</b>	12
<b>III. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT</b>	12
<b>A. Nature de la garantie</b>	12
<b>B. Bénéficiaire de l'assurance</b>	13
<b>C. Sommaire des caractéristiques spécifiques</b>	13
Personnes qui peuvent adhérer à l'assurance	13
Questionnaire sur l'état de santé	15
Début de l'assurance	15
Montant des prestations d'assurance	15
Coût de l'assurance	17
Durée de l'assurance	17
Invalidité totale récidivante ou perte d'emploi involontaire récurrente	17
Remboursement de la prime	18
<b>IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE L'ASSURANCE</b>	20
<b>V. ANNULATION ET FIN DE L'ASSURANCE</b>	24
<b>A. Comment annuler cette assurance</b>	24
<b>B. Fin de l'assurance</b>	24
<b>VI. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE PRESTATION</b>	25
<b>A. Présentation d'une demande de prestation</b>	25
<b>B. Réponse de l'Assureur</b>	27
<b>C. Appel d'une décision de l'Assureur et recours</b>	27
<b>D. Autres renseignements</b>	28
<b>VII. PRODUITS SIMILAIRES</b>	28
<b>VIII. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS</b>	28
<b>IX. CONFIDENTIALITÉ</b>	29

## I. DÉFINITIONS

Certains termes dans ce guide de distribution ont un sens particulier. Ces termes, dont la première lettre est une majuscule, sont expliqués ci-dessous. Faites particulièrement attention à ces définitions car l'Assureur a donné un sens très spécifique à ces termes.

Accident Vasculaire Cérébral :	<p>Signifie la mort irréversible du tissu cérébral par suite :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• d'une hémorragie cérébrale;</li><li>• d'une embolie cérébrale;</li><li>• d'une thrombose cérébrale; <b>ou</b></li><li>• d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.</li></ul> <p>L'événement doit provoquer une importante déficience fonctionnelle neurologique vérifiable par un neurologue à l'examen physique au moins trois (3) mois après l'événement et être de nature permanente, sans espoir de guérison.</p> <p>Ce Diagnostic doit également être étayé par les résultats d'une imagerie par résonance magnétique, une tomographie par ordinateur ou un examen du liquide céphalo-rachidien, et correspondre à un Diagnostic d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).</p> <p style="text-align: center;"><b>MISE EN GARDE</b></p> <p><b>L'Accident Vasculaire Cérébral n'englobe pas les affections suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Un accident ischémique transitoire (AIT);</b></li><li>• <b>Un déficit neurologique ischémique réversible;</b></li><li>• <b>Des lésions cérébrales causées par un accident, une blessure, une infection, une angéite, une maladie inflammatoire ou une migraine;</b></li><li>• <b>Un problème de vaisseaux sanguins touchant les yeux, incluant un infarctus du nerf optique ou de la rétine;</b></li><li>• <b>Une ischémie du système vestibulaire; et</b></li><li>• <b>Un AVC silencieux asymptomatique révélé par imagerie.</b></li></ul>
Activement Au Travail :	<p>Signifie que Vous exercez activement un quelconque Emploi contre rémunération et étiez capable de remplir l'essentiel des principales fonctions liées à cet Emploi au moins 20 heures par semaine durant deux semaines consécutives.</p>
Assuré :	<p>Signifie une personne, Vous compris, qui remplit tous les critères d'admissibilité et adhère à un ou plusieurs types d'assurance en vertu de la Police.</p>
Assureur :	<p>Signifie Co-operators Life Insurance Company (Regina, Saskatchewan).</p>

Cancer :	<p>Signifie une tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée et la prolifération de cellules malignes avec invasion et destruction des tissus normaux.</p> <p>Le terme Cancer comprend notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La leucémie;</li> <li>• Le lymphome;</li> <li>• La maladie de Hodgkin; <b>et</b></li> <li>• Les métastases.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>MISE EN GARDE</b></p> <p><b>Les cancers suivants sont exclus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Toutes les tumeurs qui d'un point de vue histologique sont décrites comme étant bénignes, pré-malignes, à la limite de la malignité, possédant un faible potentiel de malignité ou non intrusives;</b></li> <li>• <b>Toute lésion décrite comme un carcinome non infiltrant;</b></li> <li>• <b>Une dysplasie cervicale ou une néoplasie intra-épithéliale;</b></li> <li>• <b>Une néoplasie intra-épithéliale prostatique;</b></li> <li>• <b>Toute forme de cancer en présence d'une infection à VIH, notamment le lymphome ou la maladie de Kaposi;</b></li> <li>• <b>Des mélanomes minces avec un rapport de pathologie indiquant un niveau de Clark inférieur à III ou une épaisseur de Breslow inférieure à 1,5 mm;</b></li> <li>• <b>Tous les cancers de la peau sans mélanomes;</b></li> <li>• <b>Un microcarcinome thyroïdien inférieur à un cm de diamètre.</b></li> </ul>
Conflit de Travail :	<p>Signifie un arrêt ou une interruption de travail volontaire et simultané par un groupe d'employés dont Vous faites partie, et qui agit ensemble contre un ou plusieurs employeurs dans une industrie ou un territoire donné.</p>
Conseils ou Soins Médicaux :	<p>Signifie une consultation auprès de tout médecin détenant un permis d'exercice ou de tout Professionnel de la Santé agréé. Cela comprend notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins médicaux ou paramédicaux et les examens exploratoires;</li> <li>• l'usage de comprimés ou de tout médicament d'ordonnance; <b>ou</b></li> <li>• les injections reçues</li> </ul> <p>pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle Vous avez présenté une demande de prestation.</p>

Créancier :	Signifie tout concessionnaire participant agréé de véhicules automobiles ou récréatifs, ou d'une institution financière à laquelle Votre Prêt ou Location est cédé par tel concessionnaire, tel qu'indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion.
Crise Cardiaque :	Signifie la mort d'une partie du muscle cardiaque en raison du blocage d'un apport suffisant de sang, tel qu'illustré par de nouveaux changements électrocardiographiques à l'appui du Diagnostic de Crise Cardiaque et par une élévation du taux d'enzymes cardiaques, une douleur typique à la poitrine, des troponines cardiaques et tout autre marqueur biologique cardiaque.
Date d'Effet de l'Assurance :	Signifie la date à laquelle Votre assurance entre en vigueur, tel qu'indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion, à condition que Vous remplissez les critères d'admissibilité.
Date d'Expiration :	Signifie la dernière journée de la durée de l'assurance vie, de l'assurance en cas de maladie grave, de l'assurance en cas de perte d'Emploi ou de l'assurance invalidité, exprimée en mois et indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion.
Délai de Carence :	<p><u>Pour l'assurance invalidité :</u> Signifie le nombre de jours consécutifs devant s'écouler immédiatement après la date de l'Invalidité Totale avant que des prestations ne deviennent payables.</p> <p><u>Pour l'assurance en cas de perte d'Emploi :</u> Signifie le nombre de jours consécutifs devant s'écouler immédiatement après la date la plus tardive entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la date de Votre Perte d'Emploi Involontaire; <b>et</b></li> <li>• la fin de la période à laquelle des indemnités de départ s'appliquent.</li> </ul> <p>Si le Délai de Carence est indiqué comme étant « non rétroactif » dans Votre Fiche d'Adhésion, Nous commençons à verser les prestations d'invalidité à l'expiration du Délai de Carence.</p> <p>Si le Délai de Carence est indiqué comme étant « rétroactif » dans Votre Fiche d'Adhésion, Nous commençons à verser les prestations d'invalidité à compter du début de Votre invalidité totale.</p>
Diagnostic et Diagnostiqué :	Signifie un diagnostic définitif émis par écrit, pour un problème de santé décelé par un médecin détenant un permis d'exercice, habilité à poser ce genre de diagnostic.

Emploi Principal :	Signifie l'Emploi qui Vous procurait au moins 75 % de Votre salaire brut pendant les 12 mois précédant immédiatement la date de Votre Invalidité Totale.
Emprunteur :	Signifie une personne ou des personnes qui ont fait la demande et ont obtenu un Prêt ou une Location du Créancier.
État de Santé Antérieur (condition préexistante) :	<p>Signifie toute affection, maladie, blessure corporelle, état de santé ou symptôme (qu'un Diagnostic ait été posé ou non) pour lequel Vous avez cherché à recevoir, ou avez reçu, des Conseils ou Soins Médicaux au cours des <b>6 mois</b> ayant précédé immédiatement la Date d'Effet de l'Assurance vie et invalidité <b>et</b> au cours des <b>12 mois</b> ayant précédé immédiatement la Date d'Effet de l'Assurance en cas de maladie grave.</p> <p style="text-align: center;"><b>MISE EN GARDE:</b></p> <p><b>Veillez également vous référer à la section « IV. Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance » pour plus d'information sur les exclusions spécifiquement reliées aux conditions préexistantes.</b></p>
Fiche d'Adhésion :	Signifie le formulaire que Vous remplissez et signez pour adhérer à un ou plusieurs types d'assurance en vertu de la Police.
Guide de Produit et Certificat d'Assurance :	Signifie le document que le Créancier fournit à l'Assuré décrivant les principales caractéristiques de l'assurance souscrite.
Intérêt Couru :	Signifie des intérêts dus sur le Solde Impayé de Votre Prêt ou Location Assuré à compter de la date de Votre dernier versement, telle que déterminée par le Créancier, jusqu'à la date de Votre décès ou la date à laquelle Vous recevez un Diagnostic de Maladie Grave ou de Maladie Terminale, selon le montant de la prestation d'assurance payable.
Intérêt sur le Montant du Règlement :	Signifie les intérêts sur le Solde Impayé de Votre Prêt Assuré que Nous versons avec 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 ou de la date à laquelle Vous recevez un Diagnostic de Maladie Grave ou Maladie Terminale, selon le montant de prestation d'assurance payable.

<p>Invalidité Totale et Totalement Invalide :</p>	<p>Signifie que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les <u>premiers 12 mois consécutifs</u> à compter de la date à laquelle Vous êtes devenu totalement invalide Vous êtes incapable d'accomplir l'essentiel des principales fonctions de <u>Votre Emploi Principal</u> et Vous recevez des Soins Médicaux Appropriés; <b>et</b></li> <li>• <u>après les premiers 12 mois</u> consécutifs d'invalidité totale Vous êtes incapable d'exercer les fonctions de <u>tout Emploi</u> pour lequel Vous êtes raisonnablement qualifié en raison de Votre scolarité, formation ou expérience et Vous recevez des Soins Médicaux Appropriés.</li> </ul> <p>Dans tous les cas, Votre invalidité totale doit être causée par une affection, une maladie ou une blessure corporelle accidentelle médicalement attestée pour laquelle Vous recevez des Soins Médicaux Appropriés d'un médecin (détenant un permis d'exercice) que Nous jugeons acceptable.</p> <p>Nous ne Vous considérons pas totalement invalide si, à quelque moment, Vous exercez un Emploi quelconque contre rémunération ou profit. Toutefois, à Notre seule discrétion et selon Notre jugement, Nous pouvons Vous permettre de prendre part graduellement à un programme de retour au travail ou à un travail de réadaptation alors que Nous continuons de verser des prestations d'invalidité.</p> <p>À tout moment durant le traitement de Votre demande de prestations ou pendant que Nous versons des prestations d'invalidité, si Nous le jugeons nécessaire, Nous pouvons exiger que Vous soyez évalué.</p>
<p>Location :</p>	<p>Signifie un contrat entre Vous et le Créancier pour l'utilisation d'un véhicule ou autre équipement, sous réserve des modalités et conditions énoncées, pour <u>une période déterminée et un paiement déterminé</u>.</p>
<p>Lock-out :</p>	<p>Signifie qu'en raison d'un Conflit de Travail, Votre employeur ferme temporairement Votre lieu de travail, sans mettre fin à Votre Emploi.</p>
<p>Maladie Grave :</p>	<p>Signifie une Crise Cardiaque, un Accident Vasculaire Cérébral ou un Cancer qui se manifeste pour la première fois après la Date d'Effet de l'Assurance et avant la fin de l'assurance.</p>
<p>Maladie Terminale :</p>	<p>Signifie que Votre espérance de vie est de <b>12 mois tout au plus</b>, tel que Diagnostiquée par un médecin (détenant un permis d'exercice).</p>
<p>Mise à Pied :</p>	<p>Signifie la suspension de Votre Emploi par Votre employeur, avec possibilité de reprise. Pendant ce temps, l'employeur ne Vous verse aucune rémunération.</p>



Montant Maximum pour Acceptation Automatique	Signifie le montant maximal pour lequel Nous allons automatiquement approuver Votre adhésion à l'assurance, sans questions supplémentaires sur l'état de santé, en autant que Vous remplissez toutes les autres conditions d'admissibilité lorsque Vous remplissez Votre Fiche d'Adhésion.
Nous, Notre et Nos:	Signifie Co-operators Life Insurance Company (Regina, Saskatchewan), l'Assureur.
Occuper un Emploi et Emploi :	Signifie être au service d'un employeur qui Vous verse traitement ou salaire. Occuper un Emploi ne signifie pas être Travailleur Autonome, tel que décrit ci-après.
Perte d'Emploi Involontaire :	Signifie que Votre Emploi a cessé directement et uniquement pour les raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la cessation complète et définitive de Votre Emploi sans motif valable; <b>ou</b></li> <li>• une Mise à Pied par Votre employeur.</li> </ul>
Police :	Signifie le contrat collectif émis par Co-operators Compagnie d'assurance-vie au Titulaire de la Police et par lequel les assurances décrites dans ce guide sont offertes à toutes les personnes qui décident d'y adhérer.
Prestation d'Assurance Emploi :	Signifie un avantage monétaire et (ou) tout autre avantage prévu par un programme d'assurance emploi ou d'aide à l'emploi fédéral ou provincial.
Prêt :	Signifie un Prêt que le Créancier a consenti à Vous prêter, pendant une durée déterminée telle qu'indiquée dans Votre contrat de financement.
Prêt ou Location Assuré :	Signifie le montant total financé indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion, assuré en vertu du Certificat d'Assurance. Ce montant comprend la Prime Unique si elle est ajoutée.
Prime Unique :	Signifie la somme forfaitaire versée en un seul versement, que Vous acquittez quand Vous adhérez à l'assurance, et qui représente la prime totale pour tous les types d'assurance que Vous avez choisis.
Professionnel de la Santé :	Signifie une personne légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, tels que définis par la <i>Loi canadienne sur la santé</i> .

Soins Médicaux Appropriés:	<p>Signifie, pour les besoins d'Invalidité Totale, que Vous êtes sous traitement médical, incluant notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prendre des comprimés ou tout médicament d'ordonnance;</li> <li>• recevoir des injections pour un problème de santé quelconque; <b>et</b></li> <li>• subir des examens exploratoires en raison de l'affection, de la maladie ou de la blessure corporelle ayant motivé Votre demande de prestations.</li> </ul> <p>Selon Notre évaluation, le traitement doit être suffisamment efficace pour Vous permettre de Vous rétablir et de restaurer rapidement Votre capacité fonctionnelle, notamment en participant à un programme d'ergothérapie, de physiothérapie ou à un programme de modification du comportement douloureux ou en recevant des services de consultation psychologique ou psychiatrique.</p>
Solde impayé :	<p>Signifie le montant que Vous devez sur Votre Prêt, tel que calculé par le Créancier, ou dans le cas d'une Location, la valeur actualisée de Vos paiements de Location restants (y compris toute Valeur résiduelle ou Valeur de rachat pour laquelle Vous avez souscrit une assurance et acquitté la prime exigible).</p>
Titulaire de la Police :	<p>Signifie le « Concessionnaire » dont le nom figure dans Votre Fiche d'Adhésion.</p>
Travailleur Autonome :	<p>Signifie que Vous travaillez pour tirer un revenu directement d'une entreprise Vous appartenant, incluant un commerce, un emploi, une profession, un partenariat, une corporation ou toute autre entité dans laquelle Vous possédez un titre de participation dont l'envergure est suffisamment importante pour influencer, contrôler ou orienter Votre emploi présent et futur.</p>
Travailleur Saisonnier :	<p>Signifie que Votre 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 de temps au cours de laquelle Vous pouvez exercer Votre Emploi. Nous ne Vous considérons pas travailleur saisonnier si Votre Emploi Principal est assujéti à des arrêts de travail périodiques et involontaires, en raison de fermetures ou de Mises à Pied.</p>
Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie :	<p>Signifie que Vous recevez un Diagnostic de Maladie Terminale d'un médecin (détenant un permis d'exercice) que Nous jugeons apte à émettre un tel Diagnostic et que Votre espérance de vie est de 12 mois tout au plus, Nous remboursons le Solde impayé de Votre Prêt ou Location Assuré et les Intérêts Courus, tels que calculés par le Créancier, ainsi que les Intérêts sur le Montant du Règlement.</p>

Valeur Résiduelle / Valeur de Rachat :	Signifie un paiement forfaitaire dû à la fin de la durée de Votre Prêt ou Location, tel qu'indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion.
Vous, Votre, Vos et Vous-Même :	<p>Signifie chaque personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• admissible à l'assurance en vertu de la Police;</li> <li>• dont le nom figure dans la Fiche d'Adhésion et qui a adhéré à un ou plusieurs types d'assurance en vertu de la Police;</li> <li>• pour qui Nous avons reçu la Prime Unique; <b>et</b></li> <li>• à qui Nous avons émis un Certificat d'Assurance.</li> </ul>

## **II. INTRODUCTION**

Ce guide de distribution Vous donne une description du régime d'assurance collective des créanciers offert par Co-operators Life Insurance Company. Il a pour but de Vous renseigner sur ce produit d'assurance en Vous transmettant l'information sous une forme accessible. Enfin, ce guide de distribution a été conçu pour Vous permettre de déterminer si ce produit d'assurance convient à Vos besoins.

Si Vous adhérez à cette assurance, Vous recevrez un Guide de Produit et Certificat d'Assurance qui confirme les termes, les conditions et le montant de Votre protection d'assurance.

## **III. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT**

### **A. NATURE DE LA GARANTIE**

#### **Assurance vie :**

En cas de décès, l'assurance remboursera le Solde Impayé de Votre Prêt ou Location Assuré jusqu'à un maximum de :

- **500 000 \$; ou**
- **200 000 \$ si Vous êtes âgé de 60 ans et plus à la date de signature de la Fiche d'Adhésion.**

En cas de Maladie Terminale, l'assurance remboursera le Solde Impayé de Votre Prêt ou Location Assuré jusqu'à un maximum de :

- **500 000 \$; ou**
- **200 000 \$ si Vous êtes âgé de 60 ans et plus à la date de signature de la Fiche d'Adhésion.**

Ceci correspond à un Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie.

Nous versons la prestation au Créancier le jour que Nous acceptons Votre demande de prestation.

#### **Assurance en cas de Maladie Grave :**

En cas de Diagnostic de Maladie Grave, l'assurance remboursera le Solde Impayé de Votre Prêt ou Location Assuré jusqu'à un maximum de :

- **500 000 \$; ou**
- **200 000 \$ si Vous êtes âgé de 60 ans et plus à la date de signature de la Fiche d'Adhésion.**

Les Maladies Graves couvertes par cette assurance sont :

- Crise Cardiaque;
- Cancer;
- Accident Vasculaire Cérébral.

Nous versons la prestation au Créancier le jour que Nous acceptons Votre demande de prestation.

#### **Assurance invalidité :**

En cas d'Invalidité Totale, l'assurance prévoit le remboursement de Vos paiements mensuels jusqu'à un maximum de **4 500 \$ par mois** pendant une période maximale de **120 mois**. Le total des prestations payables pour cette assurance est de **500 000 \$**.

Nous commençons à verser la prestation au Créancier le jour que Nous acceptons Votre demande de prestation.

#### **Assurance en cas de perte d'Emploi :**

En cas de Perte d'Emploi Involontaire, l'assurance prévoit le remboursement de Vos paiements mensuels jusqu'à un maximum de **4 500 \$ par mois** pendant une période maximale de **9 mois**.

Nous commençons à verser la prestation au Créancier le jour que Nous acceptons Votre demande de prestation.

## **B. BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE**

Le bénéficiaire est l'entité à qui seront versées les prestations d'assurance. Nous verserons les prestations pour tout type d'assurance au Créancier.

Il existe certaines exclusions et limitations à l'assurance. Veuillez consulter la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance » pour l'information détaillée.

## **C. SOMMAIRE DES CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES**

### **Personnes qui peuvent adhérer à l'assurance**

Vous êtes admissible à adhérer à tous les types d'assurance si Vous avez l'obligation légale de rembourser Votre emprunt au Créancier, soit seul ou conjointement avec une autre personne.

#### ASSURANCE VIE

Vous êtes admissible à l'assurance vie si la Date d'Effet de l'Assurance indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion est **avant Votre 71<sup>e</sup> anniversaire de naissance**.

Vous n'êtes **pas admissible** si :

- Co-operators Vous a payé un Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie; **ou**
- Vous avez présenté une demande de Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie auprès de Co-operators.

### ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Vous êtes admissible à l'assurance en cas de Maladie Grave si, à la Date d'Effet de l'Assurance, Vous remplissez toutes les conditions suivantes :

- Vous êtes âgé de **18 ans ou plus; et**
- Vous êtes âgé de **moins de 71 ans.**

Vous n'êtes **pas admissible** si :

- Vous n'avez pas adhéré à l'assurance vie; **ou**
- Vous avez reçu une prestation relative à une assurance en cas de Maladie Grave en vertu de toute police ou certificat d'assurance que Nous avons émis.

### ASSURANCE INVALIDITÉ

Vous êtes admissible à l'assurance invalidité si, à la Date d'Effet de l'Assurance, Vous remplissez toutes les conditions suivantes :

- Vous êtes âgé de **moins de 65 ans; et**
- Vous êtes Activement Au Travail.

### ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

Vous êtes admissible à l'assurance en cas de perte d'Emploi si Vous remplissez toutes les conditions suivantes à la Date d'Effet de l'Assurance **et** à la date de la Perte Involontaire d'Emploi :

- Vous avez l'assurance vie;
- Vous êtes âgé de **18 ans ou plus;**
- Vous êtes âgé de **moins de 65 ans;**
- Vous occupez un Emploi sans interruption pendant 12 mois consécutifs (sauf durant la période de demande de prestations en vertu de la Police);
- Vous n'êtes pas un Travailleur Autonome, un Travailleur Saisonnier ou un représentant élu du gouvernement; **et**
- Vous n'avez pas reçu personnellement un avis officiel ou non officiel de la perte imminente de Votre Emploi.

#### **MISE EN GARDE**

**L'assurance invalidité et l'assurance en cas de perte d'emploi ne sont pas offertes sur une Valeur Résiduelle ou Valeur de Rachat.**

**Seulement l'assurance vie et l'assurance en cas de maladie grave peuvent être ajoutés sur une Valeur Résiduelle ou Valeur de Rachat**

## **Questionnaire sur l'état de santé**

Votre assurance est **automatiquement acceptée** si :

- Vous êtes un Emprunteur admissible;
- Votre âge au moment de l'adhésion est **moins de 66 ans; et**
- Vous avez souscrit une protection d'assurance d'un montant égal ou inférieur au Montant Maximum pour Acceptation Automatique indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion;

Vous devez répondre à un **questionnaire supplémentaire sur l'état de santé** et remplir toutes autres exigences médicales si :

- Vous souscrivez une protection d'assurance d'un montant supérieur au Montant Maximum pour Acceptation Automatique indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion, quel que soit Votre âge au moment de l'adhésion; **ou**
- Votre âge au moment de l'adhésion est supérieur à 65 ans, quel que soit le montant d'assurance que Vous souscrivez.

Nous devons réviser et approuver la Fiche d'Adhésion, les réponses au questionnaire supplémentaire sur l'état de santé et les autres renseignements médicaux reçus, pour que l'assurance entre en vigueur.

## **Début de l'assurance**

Votre protection d'assurance entre en vigueur à la Date d'Effet de l'Assurance indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion.

## **Montant des prestations d'assurance**

### **ASSURANCE VIE ET ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE**

En cas de décès, de Maladie Grave ou de Maladie Terminale, Nous paierons le moins élevé des montants suivants :

- Le Solde Impayé du Prêt ou Location Assuré à la date de Votre décès ou à la date du Diagnostic de Maladie Grave ou de Maladie Terminale; **ou**
- La prestation maximale payable de **500 000 \$; ou**
- La prestation maximale payable de **200 000 \$ si Vous êtes âgé de 60 ans et plus à la date de signature de la Fiche d'Adhésion.**

Nous paierons également l'Intérêt Couru, tel que déterminé par le Titulaire de la Police, ainsi que l'Intérêt sur le Montant du Règlement.

Si le montant du Prêt ou Location Assuré est moins que le montant du Prêt ou Location consenti par le Titulaire de la Police, la prestation sera réduite par la proportion du Prêt ou de Location qui n'est pas assuré.

### Exemple

*Vous avez souscrit une assurance de 500 000 \$ sur Votre Prêt de 625 000 \$, soit 80 %. Au moment de Votre décès, le solde de Votre Prêt est de 50 000 \$. Nous paierons donc 80 % de ce 50 000 \$, soit 40 000 \$, au Créancier.*

Tout solde restant sur Votre Prêt ou Location sera payable au Créancier.

### ASSURANCE INVALIDITÉ

Si Vous devenez Totalelement Invalide, Nous payerons le moins élevé des montants suivants :

- La prestation mensuelle d'invalidité indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion; **ou**
- La prestation mensuelle maximale payable de **4 500 \$**.

Les prestations mensuelles sont sujettes à une période de prestations maximale de **120 mois** et un montant cumulatif total de prestations payables de **500 000 \$**.

Pour un mois incomplet, le montant de la prestation égalera 1/30e de la prestation mensuelle indiquée dans la Fiche d'Adhésion pour chaque jour d'Invalidité Totale qui doit être indemnisé.

Le paiement des prestations en cas d'Invalidité Totale se termine à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle Vous cessez d'être Totalelement Invalide;
- à la fin de la période de prestations maximale indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion, jusqu'à un maximum de 120 mois;
- la date à laquelle le total cumulé de toutes les prestations d'invalidité que Nous versons dépasse la prestation cumulative maximale payable indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion;
- la date à laquelle Votre Valeur Résiduelle ou Valeur de Rachat est dû;
- la date à laquelle, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre Vous, Vous êtes confiné à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire; **et**
- la date à laquelle Vous atteignez l'âge de **68 ans**.

### ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

En cas de Perte d'Emploi Involontaire, Nous payerons le moins élevé des montants suivants :

- La prestation mensuelle indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion; **ou**  
La prestation mensuelle maximale payable de **4 500 \$**.



Les prestations mensuelles sont sujettes à une période de prestations maximale de **9 mois**.

Pour un mois incomplet, le montant de la prestation égalera 1/30e de la prestation mensuelle indiquée dans la Fiche d'Adhésion pour chaque jour qui doit être indemnisé.

Nous cessons de verser des prestations en cas de perte d'Emploi à la première de ces éventualités :

- la date à laquelle Vous êtes de nouveau à l'Emploi, quel qu'il soit, à temps plein ou à temps partiel;
- à la fin de la durée maximale de l'assurance indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion;
- la date à laquelle le total cumulé de toutes les prestations d'assurance en cas de perte d'Emploi que Nous versons dépasse la prestation cumulative maximale payable indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion;
- la date à laquelle Votre Valeur Résiduelle ou Valeur de Rachat est dû;
- la date à laquelle, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre Vous, Vous êtes confiné à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire; **et**
- la date à laquelle Vous atteignez l'âge de **68 ans**.

### **Coût de l'assurance**

Les primes d'assurance sont versées par le Créancier à l'Assureur. Elles sont calculées conformément à la table des primes en vigueur au moment où l'assurance est contractée.

Les primes sont basées sur le montant de Votre Prêt ou Location Assuré (pour l'assurance vie ou l'assurance en cas de maladie grave) ou sur Votre montant mensuel payable (pour l'assurance invalidité ou l'assurance en cas de perte d'Emploi).

### **Durée de l'assurance**

La durée de l'assurance est égale à la période de remboursement de Votre Prêt ou Location, jusqu'à concurrence de **120 mois**.

### **Invalidité Totale récidivante ou Perte d'Emploi Involontaire récurrente**

Si Votre Invalidité Totale réapparaît dans les six (6) mois après que Vous Vous soyez rétabli de cette même invalidité ou d'une Invalidité Totale connexe, Nous considérons qu'il s'agit du prolongement de Votre Invalidité Totale initiale.

Si Vous perdez à nouveau Votre emploi involontairement dans les six (6) mois suivant une période de perte d'emploi involontaire au cours de laquelle Nous avons versé des prestations, Nous considérons qu'il s'agit de la prolongation de Votre période de Perte d'Emploi Involontaire précédente.

Dans un tel cas, le Délai de Carence ne s'applique pas.

## **Remboursement de la prime**

Si Votre assurance termine avant la Date d'Expiration, tout remboursement payable sera calculé selon la « formule de remboursement » indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion (expliquée ci-dessous), sauf si un calcul différent est requis par la loi.

### **Remboursement selon la règle de 78**

Si la « formule de remboursement » dans Votre Fiche d'Adhésion indique « Règle de 78 », alors le remboursement de Votre Prime Unique sera calculé selon la formule indiquée ci-après :

$$\text{Remboursement selon la règle de 78 : } \frac{PU * T * (T+1)}{N * (N+1)}$$

Dans la formule ci-dessus :

- (a) « PU » correspond à la Prime Unique pour Votre protection d'assurance, moins les taxes applicables;
- (b) « T » correspond au nombre total de mois restants de Votre période d'assurance initiale, arrondi à la hausse ou à la baisse au mois entier le plus près; et
- (c) « N » correspond au nombre total de mois de Votre période d'assurance initiale.

### **Formule de remboursement au prorata**

Si la « formule de remboursement » dans Votre Fiche d'Adhésion indique « Prorata », alors le remboursement de Votre Prime Unique sera calculé selon la formule indiquée ci-après :

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

Dans la formule ci-dessus :

- a) « PU » correspond à la Prime Unique pour Votre protection d'assurance, moins les taxes applicables;
- b) « T » correspond au nombre total de mois restants de Votre période d'assurance initiale, arrondi à la hausse ou à la baisse au mois entier le plus près; et
- c) « N » correspond au nombre total de mois de Votre période d'assurance initiale.

### **Formule de remboursement à intérêt simple**

Si la « formule de remboursement » dans Votre Fiche d'Adhésion indique « Intérêt simple », alors le remboursement de Votre Prime Unique sera calculé selon la formule indiquée ci-après :

Formule de remboursement à intérêt simple : (SIPA au Temps T) - (SIP au Temps T)

Où :

- a) « SIPA » correspond au Solde Impayé de Votre Prêt Assuré, calculé selon le taux de crédit indiqué dans Votre documentation associée au Prêt (ce taux comprend le coût de la Prime Unique ajouté au montant du Prêt);
- b) « SIP » correspond à ce qu'aurait été le Solde Impayé de Votre Prêt si Vous n'aviez pas souscrit l'assurance, calculé selon le taux d'intérêt indiqué dans Votre documentation associée au Prêt (ce taux ne comprend pas le coût de la Prime Unique ajouté au montant du Prêt); et
- c) « Temps T » correspond à la date d'annulation de Votre assurance.

#### **IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE L'ASSURANCE**

##### **MISE EN GARDE**

##### **EXCLUSIONS GÉNÉRALES POUR TOUTES LES ASSURANCES**

**1. Nous ne versons pas de prestations d'assurance lorsque :**

- **Vous ou Votre représentant successoral néglige de Nous fournir une déclaration et preuve de sinistre à l'intérieur du délai prescrit précisé dans le présent guide;**
- **Vous utilisez ou consommez de la drogue, une substance toxique, une substance intoxicante ou des stupéfiants, quels qu'ils soient, autrement que selon l'ordre et les directives d'un médecin détenant un permis d'exercice;**
- **Vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;**
- **Vous conduisez tout type de véhicule terrestre, aquatique ou aérien qui se déplace ou fonctionne par tout moyen autre que la force musculaire, alors que le niveau d'alcool dans Votre sang dépasse la limite légale permise dans la province où Vous conduisez ledit véhicule;**
- **Vous commettez une erreur sur Votre âge dans Votre Fiche d'Adhésion, et si selon Votre âge réel, Vous n'auriez pas été admissible à l'assurance;**
- **L'information que Vous fournissez dans la Fiche d'Adhésion est inexacte et qu'elle est importante pour Votre assurance, tel que les questions sur l'état de santé, le tabagisme ou autres questions.**

##### **EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE VIE**

**1. Nous ne verserons aucune prestation si Votre décès :**

- **survient dans les 6 mois après la Date d'Effet de l'Assurance; et**
- **résulte directement ou indirectement d'un État de Santé Antérieur (condition préexistante) dans les 6 mois précédant immédiatement la Date d'Effet de l'Assurance.**

**2. Nous ne verserons aucune prestation et Nous n'offrirons aucun remboursement de prime, si Vous Vous suicidez au cours des deux (2) années suivant la Date d'Effet de l'Assurance, que Vous soyez sain d'esprit ou non.**

## MISE EN GARDE

### EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

**1. Nous ne verserons aucune prestation si :**

- Le Diagnostic de Votre problème de santé ne correspond pas parfaitement aux exigences de la définition de Crise Cardiaque, d'Accident Vasculaire Cérébral ou de Cancer; ou
- Le Diagnostic est précisé dans la liste des exclusions relatives à l'Accident Vasculaire Cérébral ou au Cancer; ou
- Votre problème de santé est la conséquence directe ou indirecte d'une blessure auto-infligée ou d'une tentative de Vous enlever la vie, que Vous soyez sain d'esprit ou non.

**2. Nous ne verserons aucune prestation si Votre Maladie Grave:**

- survient dans les 24 mois après la Date d'Effet de l'Assurance; et
- résulte directement ou indirectement d'un État de Santé Antérieur (condition préexistante) dans les 12 mois précédant immédiatement la Date d'Effet de l'Assurance.

**3. Nous ne verserons aucune prestation si :**

- Vous recevez un Diagnostic de Cancer dans les 90 jours suivant la Date d'Effet de l'Assurance. Dans un tel cas, Nous annulons Votre assurance en cas de Maladie Grave et Vous remboursons toute prime versée pour cette protection d'assurance.

**4. Nous ne verserons aucune prestation si :**

- Vous avez eu un « cancer quelconque » à tout moment avant la Date d'Effet de l'Assurance (« cancer quelconque » signifie toute forme de cancer, et non pas seulement les types de cancer couverts par cette assurance); ou
- Vous avez présenté des signes ou symptômes apparents d'un « cancer quelconque »; ou
- Vous avez tenté d'obtenir ou obtenu des Conseils ou Soins Médicaux en lien avec les signes ou symptômes apparents d'un « cancer quelconque ».

### EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE INVALIDITÉ

**1. Nous ne verserons aucune prestation si Votre Invalidité Totale :**

- survient dans les 6 mois après la Date d'Effet de l'Assurance; et
- résulte directement ou indirectement d'un État de Santé Antérieur (condition préexistante) dans les 6 mois précédant immédiatement la Date d'Effet de l'Assurance.

**2. Nous ne verserons aucune prestation si Votre Invalidité Totale :**

- Débute avant la Date d'Effet de l'Assurance indiquée sur Votre Fiche d'Adhésion;
- Résulte, directement ou indirectement, d'une automutilation ou d'une tentative de Vous enlever la vie, que Vous soyez sain d'esprit ou non;
- Provient d'une grossesse normale (c'est-à-dire que Votre grossesse n'est pas considérée comme « à risque élevé » par un médecin détenant un permis d'exercice que Nous jugeons acceptable);
- A commencé pendant que Vous étiez confiné, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre Vous, à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire;
- A commencé après que Votre protection d'assurance a pris fin; ou
- Selon les dispositions applicables de la Police et tel qu'indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion, découle d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle Vous autorisant à réclamer et à recevoir des indemnités pour perte de salaire au titre de l'indemnisation des accidentés du travail, de santé et sécurité au travail ou de toute autre législation similaire.

#### **EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI**

##### **1. Nous ne verserons aucune prestation si :**

- Votre Perte d'Emploi Involontaire résulte d'un Conflit de Travail;
- Votre Perte d'Emploi Involontaire résulte d'un Lock-out;
- Vous démissionnez, prenez Votre retraite ou cédez volontairement Votre emploi;
- Votre emploi prend fin en raison de Votre intoxication, toxicomanie, malhonnêteté, fraude, conflit d'intérêt, refus d'exercer Vos fonctions ou inconduite volontaire ou criminelle;
- Vous vous retrouvez sans emploi parce que Vous êtes un Travailleur Autonome, un Travailleur Saisonnier ou un représentant élu du gouvernement;
- Vous vous retrouvez sans emploi parce qu'un contrat de travail a pris fin; ou
- Votre Perte d'Emploi Involontaire survient à l'intérieur d'un délai de 60 jours à compter de la Date d'Effet de l'Assurance.

#### **LIMITATIONS GÉNÉRALES POUR TOUTES LES ASSURANCES**

- 1. Lorsque Vous faites une demande de prestation d'assurance dans les deux premières années d'assurance, Nous vérifions l'information que Vous avez fournie dans Votre Fiche d'Adhésion afin de confirmer si elle est exacte et complète.**
- 2. Si Vous commettez une erreur sur Votre âge dans Votre Fiche d'Adhésion, mais que Vous êtes toujours admissible à l'assurance compte tenu de Votre âge réel :**
  - Nous ajustons toute prestation d'assurance payable selon le montant d'assurance que Vous auriez souscrit au moyen de Votre Prime Unique calculée selon Votre âge réel.**

#### **LIMITATIONS RELIÉES À L'ASSURANCE INVALIDITÉ**

- 1. Si Vous n'êtes pas Activement Au Travail au moment de l'adhésion à l'assurance invalidité :**
  - Votre admissibilité aux prestations d'assurance invalidité est reportée, et**
  - Vous êtes admissible aux prestations d'assurance invalidité une fois que Vous êtes de nouveau au travail, au moins 20 heures par semaine pendant deux semaines consécutives.**

## **V. ANNULATION ET FIN DE L'ASSURANCE**

### **A. COMMENT ANNULER CETTE ASSURANCE**

Au Québec, la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* Vous permet d'annuler Votre contrat d'assurance jusqu'à 10 jours après sa signature. Dans le cas de cette assurance, Vous disposez d'une période de **30 jours** à compter de la date de réception du Guide de Produit et Certificat d'Assurance, pour l'annuler et recevoir un remboursement de toute Prime payée.

Vous pouvez également annuler Votre assurance à tout moment après **30 jours**. Dans ce cas, Vous ne recevrez pas le remboursement complet de Votre prime.

Vous trouverez un formulaire pour annuler Votre assurance (avis de résolution d'un contrat d'assurance) à la fin de ce guide de distribution.

Votre assurance sera annulée à la **dernière des dates suivantes**:

- La date inscrite sur Votre demande d'annulation; **ou**
- La date à laquelle Nous recevons Votre demande écrite d'annulation.

**Dans le cas de plus d'un Assuré, tous les Assurés doivent signer la demande d'annulation même si la demande ne s'applique qu'à un seul Assuré.**

### **B. FIN DE L'ASSURANCE**

L'**assurance vie**, l'**assurance en cas de Maladie Grave**, l'**assurance invalidité** et (ou) l'**assurance en cas de perte d'Emploi** prennent fin à la première des éventualités suivantes :

- À l'expiration de la durée maximale de la protection que Vous avez choisie, jusqu'à un maximum de **120 mois**;
- La date à laquelle Vous atteignez l'âge de **72 ans** (pour l'assurance vie ou l'assurance en cas de maladie grave);
- La date à laquelle Vous atteignez l'âge de **68 ans** (pour l'assurance invalidité ou l'assurance en cas de perte d'Emploi).
- La date à laquelle Nous recevons par écrit une demande d'annulation de Votre part ou, lorsque la protection d'assurance est offerte à plus d'une personne, Nous recevons par écrit une demande d'annulation de la part de tous les Assurés;
- La date à laquelle Vous remboursez ou acquittez Votre Prêt ou Location Assuré;
- La date à laquelle Votre Location prend fin ou est annulée;
- La date à laquelle on Vous libère, par effet de la loi, de Votre obligation légale de rembourser Votre Prêt ou Location Assuré (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- La date à laquelle Vous transférez ou cédez Votre Prêt ou Location Assuré à un créancier autre que le Titulaire de la Police;
- La date à laquelle Vous avez manqué plus de six paiements mensuels, consécutifs ou non



- La date à laquelle Nous payons une prestation d'assurance vie, un Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie ou une prestation d'assurance en cas de Maladie Grave; **et**
- La date de Votre décès.

L'**assurance invalidité** prend également fin lorsque :

- La somme totale cumulative des prestations d'assurance invalidité que Nous avons versées atteint la prestation cumulative maximale payable indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion, jusqu'à un maximum de **500 000 \$**.

L'**assurance en cas de Maladie Grave** prend également fin lorsque :

- Pour quelque raison que ce soit, Votre assurance vie prend fin.

L'**assurance en cas de perte d'Emploi** prend également fin lorsque :

- La somme totale cumulative des prestations d'assurance en cas de perte d'Emploi que Nous avons versées atteint la prestation cumulative maximale payable indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion, jusqu'à un maximum de **40 500 \$**.

## **VI. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE PRESTATION**

**Si Vous croyez avoir droit à une prestation, veuillez communiquer avec l'Assureur dès que possible au 1-800-263-9120.** Vous devez Nous fournir une déclaration et preuve de sinistre dans les délais prévus par le Certificat d'Assurance. Autrement, Nous pourrions refuser Votre demande de prestations et ne verser aucune prestation d'assurance.

**Pour toute question, veuillez contacter l'Assureur :  
Le Co-operators Compagnie d'assurance-vie**

1920 College Avenue,  
Regina, Saskatchewan S4P 1C4  
Tél. : 1-800-263-9120  
Télécopieur : 1-800-897-7065

### **A. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE PRESTATION**

#### ASSURANCE-VIE

Pour présenter une demande de prestation d'assurance-vie, Votre plus proche parent ou Votre représentant successoral doit en premier lieu contacter l'Assureur. Celui-ci a accès aux formulaires de déclaration requis; il aide à remplir ces formulaires et connaît les renseignements que Nous exigeons concernant Votre Prêt ou Location. **Une fois ces documents remplis, l'Administrateur Nous les soumet pour que Nous puissions entreprendre le traitement de la demande.**

Appelez d'abord au 1-800-263-9120. Veuillez retenir les points suivants :

1. Une preuve de sinistre doit être présentée à Co-operators à l'intérieur d'un délai **d'un (1) an** suivant la date du décès de l'Assuré.
2. À la réception d'un avis de sinistre, Nous fournirons les instructions et les formulaires nécessaires.
3. La demande de prestation sera réglée dès la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.

#### ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Pour présenter une demande de prestations en cas de Maladie Grave, en tant qu'assuré, Vous devriez faire cet appel Vous-même. Lorsque Vous effectuez ce premier appel, Nous Vous demandons de l'information Nous permettant de Vous identifier et de retracer Votre Prêt ou Location. L'information dont Nous avons besoin pour établir Votre droit aux prestations peut différer selon le type de demande présentée.

Appelez d'abord au 1-800-263-9120. Veuillez retenir les points suivants :

1. Une déclaration écrite doit être fournie au cours des trente (30) jours suivant la date du sinistre.
2. Une preuve de sinistre doit être présentée à Co-operators au cours des **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date du Diagnostic de la Maladie Grave de l'Assuré.
3. À la réception d'un avis de sinistre, Nous Vous fournirons les instructions et les formulaires nécessaires.
4. Votre demande de prestation sera réglée dès la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.

#### ASSURANCE INVALIDITÉ

Pour présenter une demande de prestations d'invalidité, en tant qu'assuré, Vous devriez faire cet appel Vous-même. Lorsque Vous effectuez ce premier appel, Nous Vous demandons de l'information Nous permettant de Vous identifier et de retracer Votre Prêt ou Location. L'information dont Nous avons besoin pour établir Votre droit aux prestations peut différer selon le type de demande présentée.

Appelez d'abord au 1-800-263-9120. Veuillez retenir les points suivants :

1. Une déclaration écrite doit être fournie au cours des trente (30) jours suivant la date du sinistre.
2. Une preuve de sinistre doit être présentée à Co-operators au cours des **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date de l'Invalidité Totale de l'Assuré.
3. À la réception d'un avis de sinistre, Nous Vous fournirons les instructions et les formulaires nécessaires.
4. Votre demande d'indemnité sera réglée dès la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.

5. Pour qu'une demande de prestation soit considérée, Vous devez soumettre Votre preuve à Co-operators ou à Votre Créancier moins de **12 mois** après la terminaison de l'assurance.

#### ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

Pour présenter une demande de prestations en cas de perte d'Emploi, en tant qu'assuré, Vous devriez faire cet appel Vous-même. Lorsque Vous effectuez ce premier appel, Nous Vous demandons de l'information Nous permettant de Vous identifier et de retracer Votre Prêt ou Location. L'information dont Nous avons besoin pour établir Votre droit aux prestations peut différer selon le type de demande présentée.

Appelez d'abord au 1-800-263-9120. Veuillez retenir les points suivants :

1. Une déclaration écrite doit être fournie au cours des trente (30) jours suivant la date du sinistre.
2. Une preuve de sinistre doit être présentée à Co-operators au cours des **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date de Perte d'Emploi Involontaire de l'Assuré.
3. À la réception d'un avis de sinistre, Nous Vous fournirons les instructions et les formulaires nécessaires.
4. Votre demande d'indemnité sera réglée dès la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.
5. Pour qu'une demande de prestation soit considérée, Vous devez soumettre Votre preuve à Co-operators ou à Votre Créancier moins de **12 mois** après la terminaison de l'assurance.

### **B. RÉPONSE DE L'ASSUREUR**

Au cours des **30 jours** suivant la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante, Nous:

- verserons les prestations prévues par la Police; **ou**
- Vous communiquerons par écrit les raisons pour lesquelles Nous croyons qu'aucune prestation n'est payable.

Les prestations seront versées au Créancier et serviront à réduire ou payer Votre Prêt ou Location.

### **C. APPEL D'UNE DÉCISION DE L'ASSUREUR ET RECOURS**

Si Nous refusons Votre demande de prestations et que Vous n'êtes pas d'accord avec Notre décision, Vous pouvez Nous envoyer une demande officielle par écrit afin de faire appel de Notre décision, en expliquant pourquoi Vous n'êtes pas d'accord avec Notre décision et en Nous fournissant des documents justificatifs. Une fois reçue, Nous examinons Votre demande et Vous informons de Notre décision finale.

Si Vous n'êtes pas satisfait de Notre décision finale, Nous Vous fournissons de l'information sur les mesures à prendre pour que Vos revendications soient étudiées davantage. Cela peut également signifier, si Vous le désirez, de contacter Notre Service de médiation.

## **D. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Pour plus de renseignements, communiquez avec l'Assureur:

### **Co-operators Compagnie d'assurance-vie**

1920 College Avenue,  
Regina, Saskatchewan S4P 1C4  
Tél. : 1-800-263-9120  
Télécopieur : 1-800-897-7065

## **VII. PRODUITS SIMILAIRES**

Veillez noter que d'autres produits d'assurance offrant une protection similaire à l'assurance présentée dans le présent guide de distribution existent sur le marché. Nous Vous invitons à Vous renseigner afin d'être sûr que cette assurance rencontre vraiment Vos besoins.

## **VIII. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS**

Si Vous avez des questions à propos des obligations de Votre distributeur ou de Nos obligations envers Vous, Vous pouvez contacter l'*Autorité des marchés financiers* à cette adresse :

*Autorité des marchés financiers*  
Place de la Cité, Tour Cominar  
2640 boul. Laurier, 4e étage  
Québec (Québec)  
G1V 5C1

Téléphone

Sans frais : 1-877-525-0337  
Québec : 418-525-0337  
Montréal : 514-395-0337

Adresse Internet : [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

## **IX. CONFIDENTIALITÉ**

Les renseignements concernant Votre assurabilité sont traités avec confidentialité.

Co-operators Vie, ou ses réassureurs, peuvent cependant présenter un bref rapport au Bureau des renseignements médicaux, une association mutuelle sans but lucratif composée de compagnies d'assurance vie qui communique des renseignements au nom de ses membres.

Si Vous faites une demande d'assurance vie ou maladie auprès d'un autre membre du Bureau, ou une demande de règlement, sur demande, le Bureau fournit à la compagnie membre les renseignements qu'il possède dans ses dossiers. Sur réception d'une demande de Votre part, le Bureau fait en sorte de communiquer toute information qu'il pourrait posséder dans Votre dossier.

Si Vous doutez de l'exactitude de l'information contenue dans les dossiers du Bureau, Vous pouvez communiquer avec le Bureau et demander qu'elle soit corrigée, à l'adresse suivante :

Bureau des renseignements médicaux  
330, avenue University, bureau 501  
Toronto, Ontario M5G 1R7  
866.692.6901 (TTY 866.346.3642)

Co-operators Vie, ou ses réassureurs, peuvent également communiquer l'information contenue dans leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance auprès de qui Vous pourriez faire une demande d'assurance vie ou maladie, ou à qui une demande de règlement pourrait être présentée. Pour de l'information aux consommateurs sur le Bureau des renseignements médicaux, visitez le [www.mib.com](http://www.mib.com).

### **Votre vie privée est importante pour Nous**

Nous reconnaissons l'importance de la vie privée et la respectons. Lorsque Vous souscrivez une assurance, Nous créons un dossier confidentiel et recueillons, utilisons et communiquons Vos renseignements personnels afin d'établir et d'administrer votre assurance et d'en assurer le service. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et les corriger, si nécessaire, en faisant la demande par écrit à :

**Co-operators Compagnie d'assurance-vie**  
1920 College Avenue,  
Regina, Saskatchewan S4P 1C4  
Tél. : 1-800-263-9120  
Télécopieur : 1-800-897-7065  
(à l'attention de l'agent de protection de la vie privée)

Nous limitons l'accès à Vos renseignements personnels par Notre personnel et les autres personnes que Nous autorisons parce qu'elles en ont besoin pour remplir leurs fonctions. Nous pouvons conserver ou traiter Vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis ou dans d'autres pays et, sous réserve des lois applicables, les gouvernements, les tribunaux, les organismes d'application de la loi et les organismes de réglementation peuvent, par jugement, obtenir la divulgation de Vos renseignements personnels.

Pour de plus amples renseignements sur Nous ou Nos règles de confidentialité, veuillez consulter [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca).

**NOTES PERSONNELLES :**

<b>ASSURANCE VIE</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>ASSURANCE INVALIDITÉ</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
Personnes assurées: <b>moi</b> <input type="checkbox"/> <b>Coemprunteur</b> <input type="checkbox"/> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b>		
Montant maximal de l'assurance : _____		
Durée de l'assurance : _____		
Prime Unique : _____		
Autre : _____		

## AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

### AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Article 440 de la loi concernant la distribution de produits et services financiers.

### LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

- La Loi Vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que Vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, sans pénalités, dans les 10 jours de sa signature. L'Assureur Vous offre **30 jours suivant la réception de Votre Guide de Produit et Certificat d'Assurance, pour annuler sans pénalités**. Pour ce faire, Vous devez envoyer un avis par courrier recommandé avant ce délai. Vous pouvez utiliser le modèle ci-joint à cet effet.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que Vous perdiez certaines conditions avantageuses découlant de la signature de ce contrat; veuillez Vous renseigner auprès de Votre distributeur ou consulter Votre contrat.
- Après l'expiration du délai de **30 jours**, Vous pouvez toujours annuler Votre assurance en tout temps, mais des pénalités peuvent s'appliquer.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter l'*Autorité des marchés financiers* au: (418) 525-0337 ou 1-877-525-0337.

**AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

À \_\_\_\_\_  
(Nom de l'Assureur)

\_\_\_\_\_  
(Adresse de l'Assureur)

Date : \_\_\_\_\_  
(Date d'envoi de l'avis)

En vertu de l'Article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance numéro :

\_\_\_\_\_  
(Numéro de contrat s'il est indiqué)

Conclu le : \_\_\_\_\_  
(Date de la signature du contrat)

à : \_\_\_\_\_  
(lieu de la signature du contrat)

\_\_\_\_\_  
(Nom du client) (Signature du client)

Le distributeur doit remplir au préalable cette section.

Cet envoi doit être transmis par courrier recommandé.



**439.** Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

**440.** Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par le règlement, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de sa signature de ce contrat, le résoudre.

**441.** Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

**442.** Un contrat ne peut contenir de disposition en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

**443.** Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

## AVIS DE CONSENTEMENT PARTICULIER

### VOUS ÊTES LIBRE DE DONNER CE CONSENTEMENT OU NON

Sections 92 et 437 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

#### CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

- Nous détenons, aujourd'hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos préposés d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces préposés auront aussi accès aux mises à jour des renseignements, faites pendant la durée du consentement.
- Ces préposés utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

#### VOUS ÊTES LIBRE D'ÉTABLIR LA DURÉE DE VALIDITÉ DE VOTRE CONSENTEMENT

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant. À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période. Le présent formulaire prévoit à la section « consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

#### LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS

Sans cette autorisation spécifique, le distributeur ne pourra utiliser ces renseignements à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Le distributeur ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaires avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner; l'article 94 de la loi vous protège.** Pour de plus amples renseignements, contactez l'Autorité des marchés financiers au (418) 525-0337 or 1-877-525-0337.

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd'hui, ont été recueillis dans le cadre de :

---

---

---

(objet(s) du dossier)

Voici les catégories de renseignements nécessaires que nous souhaitons que l'un de nos préposés utilise ainsi que les produits et services qu'il pourra vous offrir. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories, vous pouvez vous référer au verso.

Veillez autoriser les catégories auxquelles vous consentez.

<b>Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués <sup>(1)</sup></b>	<b>Pour quels produits ou services? <sup>(2)</sup></b>	<b>Autorisation du client <sup>(3)</sup></b>	<b>Initiales <sup>(4)</sup></b>
À remplir par le distributeur	À remplir par le distributeur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Directives au distributeur (*reproduction non requise*) :

1. Le distributeur doit indiquer au verso le contenu de chacune des catégories.
2. Le distributeur doit préciser la nature des produits et services qu'il souhaite offrir au client. Chaque catégorie de renseignements doit être associée à une fin particulière. Si une catégorie est nécessaire à plusieurs fins, le distributeur doit la répéter pour chacune d'elles.
3. L'autorisation du client peut être donnée par téléphone dans la mesure où les interlocuteurs peuvent s'assurer de leur identification respective. Dans ce cas, le présent formulaire servira de script pour le préposé. Le contenu détaillé de chacune des catégories doit être lu au client. Le distributeur doit transmettre au client le formulaire rempli dans les 10 jours suivant le consentement verbal.
4. Dans le cas d'un formulaire électronique, les initiales peuvent être remplacées par une fenêtre de confirmation. L'avis de consentement doit toutefois être mis à la disposition du client grâce à tout moyen en permettant la lecture ou l'impression.

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander que l'on vous donne accès aux renseignements que l'on détient sur vous.**

## CONSENTEMENT PARTICULIER

Après avoir pris connaissance de ce qui est indiqué ci-dessus, je, soussigné(e),

\_\_\_\_\_ consens à ce que les renseignements détenus  
(nom du client)

par le distributeur soit utilisés aux fins mentionnées plus haut.

Ce consentement sera valide jusqu'à révocation ou pour la période suivante :

\_\_\_\_\_ JJ/MM/AA (à remplir par le client)

Je peux révoquer en tout temps ce consentement par l'envoi d'un avis. Je peux utiliser le modèle d'avis ci-joint ou m'en inspirer.

\_\_\_\_\_ (signature du client)

\_\_\_\_\_ (date de signature du consentement)

\_\_\_\_\_ (Identification du client, adresse ou n° folio ou n° contrat, etc.)

---

### JE RÉVOQUE LE CONSENTEMENT PARTICULIER DONNÉ AU DISTRIBUTEUR PAR L'AVIS SUIVANT

À :

\_\_\_\_\_ (nom du distributeur)

\_\_\_\_\_ (adresse du distributeur)

En date du :

\_\_\_\_\_

Par la présente, je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ vous avise que  
(nom du client)

j'annule le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : \_\_\_\_\_  
(date du consentement)

\_\_\_\_\_ (nom du client)

\_\_\_\_\_ (signature du client)

\_\_\_\_\_ (Identification du client, adresse ou n° folio ou n° contrat, etc.)