

Protection pour votre prêt

Assurance crédit collective à prime unique
(Vie, invalidité et maladies graves)

Guide de produit et certificat d'assurance

CUMIS®

Service à la clientèle – 1.800.263.9120

www.cumis.com

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

C.P. 5065, 151 North Service Rd., Burlington, Ontario L7R 4C2

Téléphone: 1.800.263.9120 Télécopieur: 1.888.770.7951

Courriel: customer.service@cumis.com

www.cumis.com

L'assurance crédit collective est souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. 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.

CUMIS^{MD} est une marque déposée de CUMIS Insurance Society, Inc., et est utilisée avec autorisation.

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 à laquelle vous avez adhéré et fait également office de certificat d'assurance. Veuillez 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 toutes les couvertures offertes aux termes du *contrat collectif*, y compris celles 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 admissible à l'assurance aux termes du *contrat collectif*, soit une personne physique (ou des personnes physiques) ayant obtenu un *prêt* auprès du *titulaire du contrat collectif* :
 - 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, cosignataire, garant ou endosseur; ou
 - ii) dans le cas d'une *entreprise*, dont elle a l'obligation légale de rembourser le *prêt* 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;
- b) qui est désignée dans la *demande d'adhésion* et qui a adhéré à au moins un des types d'assurance offerts aux termes du *contrat collectif*;
- c) pour laquelle nous avons reçu la *prime unique*;
- d) à laquelle nous avons remis un guide de produit.

Les termes « nous », « notre », « nos » 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*.

Veuillez 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

Si vous avez des questions au sujet de l'assurance, veuillez communiquer avec les Services à la clientèle au 1-800-263-9120.

À propos de votre prêt

Si vous avez des questions au sujet de votre *prêt*, veuillez contacter le représentant du *titulaire du contrat collectif* 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	7
Versement des prestations	7
Critères d'adhésion à tous les types d'assurance	7
Entrée en vigueur de l'assurance	8
Fin de l'assurance	8
Limites relatives aux prestations d'assurance	8
Exclusion relative à un état de santé préexistant	10
Assurance vie	11
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance vie?	11
Qu'est-ce qu'une prestation du vivant?	12
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance vie n'est pas versée	13
Assurance maladies graves	13
Adhésion à l'assurance	13
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance maladies graves?	13
Qu'est-ce qu'une maladie grave?	14
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée	16
Assurance invalidité	18
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance invalidité?	18
Qu'est-ce qu'une invalidité?	18
Début du versement des prestations d'invalidité	21
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'invalidité n'est pas versée	21
Fin des prestations d'invalidité	21
Refinancement de votre prêt	22
Que se passe-t-il en cas de refinancement?	22
Refinancement de votre prêt lors d'une invalidité	23

Présentation d'une demande de prestations	23
Déclaration de sinistre – Délais importants	23
Preuve de sinistre	23
Autres renseignements importants sur les demandes de prestations	24
Délais importants pour intenter une poursuite en justice	25
Autres renseignements sur votre assurance	26
À propos de votre prime d'assurance	26
Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque	26
Erreur sur l'âge	26
Conformité aux lois	26
Contestabilité de l'assurance	27
Insatisfaction et plainte	27
Méthode de résiliation de l'assurance	27
Définitions	29
Votre vie privée est importante pour nous	32

Introduction

Le contrat collectif

Co-operators Compagnie d'assurance-vie a établi un contrat d'assurance crédit collective au nom du *titulaire du contrat collectif* indiqué dans la *demande d'adhésion*. Le *contrat collectif* prévoit une assurance crédit collective, qui est décrite dans ces pages, à l'intention des emprunteurs admissibles du *titulaire du contrat collectif* ayant adhéré au régime et payé 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 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 au moment de 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 Vie est un produit d'assurance facultative 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* assuré à votre décès.
- **Assurance maladies graves :** Rembourse ou réduit le *solde impayé* du *prêt* assuré si vous recevez un *diagnostic* de l'une des maladies graves couvertes.
- **Assurance invalidité :** Couvre les paiements du *prêt* assuré si vous devenez *totalelement invalide*.

Versement des prestations

Les prestations payables sont versées au *titulaire du contrat collectif*. En tant que créancier de votre *prêt* assuré, le *titulaire du contrat collectif* utilisera les prestations pour réduire ou rembourser le *solde impayé* de votre *prêt* 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 couverture décrite dans le présent guide de produit et certificat d'assurance.

Vous pouvez adhérer aux couvertures d'assurance vie, maladies graves et invalidité à l'égard de votre *prêt* si, à la *date d'effet de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion*, :

- vous êtes un résident canadien (vous vivez au Canada au moins six mois par année);
- vous avez l'obligation légale, en qualité d'emprunteur, de coemprunteur, de cosignataire, de garant ou d'endosseur, de rembourser le *prêt* au *titulaire du contrat collectif*;
- vous avez l'obligation légale de rembourser le *prêt* au *titulaire du contrat collectif*, 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 fait aucune demande de prestation du vivant (versement anticipé de la prestation d'assurance vie) au titre de tout contrat d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance que nous avons établi.

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*.

Si vous souhaitez adhérer à d'autres garanties auxquelles vous aviez déjà renoncé, ou que vous souhaitez apporter des modifications à votre couverture existante, veuillez communiquer avec le *titulaire du contrat collectif* pour obtenir de plus amples renseignements.

Fin de l'assurance

Toutes les couvertures d'assurance auxquelles vous avez adhéré (assurance vie, maladies graves ou 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 fin de la durée du *prêt assuré* indiquée dans votre *demande d'adhésion*;
- c) la date à laquelle vous atteignez l'âge de fin de l'assurance indiqué dans votre *demande d'adhésion*;
- d) la date de fin de l'assurance indiquée dans votre *demande d'adhésion*;
- e) la date à laquelle nous recevons votre demande de résiliation écrite ou, dans le cas d'une couverture d'assurance sur plus d'une tête, la demande de résiliation écrite de chacun des *assurés*;
- f) la date à laquelle le *prêt assuré* est remboursé en totalité, refinancé, libéré ou pris en charge par une autre personne;
- g) la date à laquelle on vous libère, par effet de la loi, de votre obligation légale de rembourser le *prêt assuré* (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- h) la date à laquelle vous transférez ou cédez votre *prêt 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 consécutifs sur le *prêt assuré*;
- j) la date à laquelle nous versons la prestation d'assurance vie ou la prestation du vivant aux termes du présent guide de produit;
- k) la date de fin du *contrat collectif*, conformément aux dispositions prévues au contrat;
- l) 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.

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

Prestation cumulative maximale payable : Plafond des prestations d'invalidité établi pour tout prêt; ce montant est précisé dans la *demande d'adhésion*.

Si le montant de votre assurance vie est inférieur à la « *prestation cumulative maximale payable* », les prestations d'invalidité seront limitées au montant de l'assurance vie.

Montant d'assurance maximale offert : Montant maximal d'assurance vie que nous établirons pour tout prêt; ce montant est précisé dans la *demande d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant de la prime unique a été ajouté à votre prêt, toute prestation d'assurance vie ou maladies graves payable comprendra la prime unique, même si le « montant du prêt assuré », indiqué dans votre demande d'adhésion, excède le « montant d'assurance maximale offert ».

Prestation mensuelle maximale payable : Plafond mensuel des prestations d'invalidité établi pour tout prêt; ce montant est précisé dans la *demande d'adhésion*.

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

REMARQUE : La « durée maximale de l'assurance » peut être inférieure à celle de votre prêt. Par conséquent, à l'échéance de la « durée maximale de l'assurance », votre couverture prendra fin et aucune prestation ne sera versée par la suite. Si la durée de votre prêt est supérieure à la « durée maximale de l'assurance », vous pouvez adhérer à une nouvelle couverture d'assurance à l'échéance de la « durée maximale de l'assurance ». Voir la section « Refinancement de votre prêt » pour en savoir plus.

Votre prêt ne sera pas assuré pendant toute sa durée dans les situations suivantes :

- votre prêt 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 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 approuvé* ou le montant des versements mensuels est supérieur au « *montant d'assurance maximale offert* » ou à la « *prestation mensuelle maximale payable* » qui figurent dans la *demande d'adhésion*, le montant du prêt assuré sera limité à ces montants.

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* assuré » indiqué dans votre *demande d'adhésion* est inférieur au montant total du *prêt*, le montant de la prestation d'assurance sera réduit de façon proportionnelle. La prestation sera calculée en fonction du *solde impayé* de votre *prêt*, multiplié par la partie du « montant du *prêt* assuré » relative au *prêt* total (exprimé en pourcentage).

Par exemple :

Si le montant du *prêt* est de 80 000 \$ et que le « montant du *prêt* assuré » indiqué dans votre *demande d'adhésion* est de 40 000 \$, la prestation d'assurance vie payable correspondra à la moitié (soit 40 000 \$ divisés par 80 000 \$) du *solde impayé* du *prêt*, plus la moitié des *intérêts courus* et des *intérêts sur le montant du règlement*.

Exclusion relative à un état de santé préexistant

REMARQUE : Nous ne verserons aucune prestation et la prime unique ne sera pas remboursée si votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale découle directement ou indirectement d'un état de santé préexistant, ou y est lié 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* (exprimée en mois), 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.
- **Professionnel de la santé :** Personne 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, prestation du vivant, de maladie grave ou d'*invalidité totale* au cours d'une période déterminée suivant le début de votre assurance. Ces périodes déterminées (exprimées en mois) 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 (exprimée en mois) 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, prestation du vivant, de maladie grave ou 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 votre assurance est en vigueur depuis six mois complets au moment de votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale découlant de votre problème cardiaque, nous versons des prestations, à condition que vous répondiez à tous les critères d'adhésion à la date d'effet de l'assurance.

Par ailleurs, si votre demande de prestations au titre de l'assurance maladies graves ou invalidité 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 versons des prestations si, après la fin de la période d'exclusion pour état de santé préexistant, votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale découle d'un état de santé préexistant.

Assurance vie

Qu'est-ce qu'une 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, nous verserons, à votre décès, une prestation d'assurance vie correspondant au solde impayé de votre prêt assuré à la date de votre décès, plus toute pénalité raisonnable pour remboursement anticipé prévu par la convention de prêt, dont le calcul est établi par le titulaire du contrat collectif.

Le montant de la prestation d'assurance vie payable s'élèvera à la moindre des sommes suivantes :

- le solde impayé du prêt assuré à la date du décès; ou
- le solde impayé calculé en fonction du calendrier initial durée de votre prêt assuré.

Nous paierons aussi le montant des intérêts courus sur le solde impayé du prêt assuré, ainsi que les intérêts sur le montant du règlement.

La prestation d'assurance vie payable ne dépassera pas :

- le solde impayé du prêt assuré; ou
- le « montant d'assurance maximale offert » indiqué dans la demande d'adhésion.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que nous avons établi et que vous avez souscrit est inférieur au montant du prêt, votre prestation d'assurance vie sera réduite de façon proportionnelle, comme 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'est-ce qu'une prestation du vivant?

Si vous avez adhéré à l'assurance vie, vous êtes alors admissible à la prestation du vivant (versement anticipé de la prestation d'assurance vie).

Si vous recevez le *diagnostic* d'une maladie en phase terminale (pour laquelle 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 une prestation égale au *solde impayé* du prêt assuré à la *date d'établissement du diagnostic* de maladie en phase terminale, plus toute pénalité raisonnable pour remboursement anticipé prévu par la convention de prêt, dont le calcul est établi par le *titulaire du contrat collectif*.

Le montant de la prestation du vivant payable s'élèvera à la moindre des sommes suivantes :

- le *solde impayé* du prêt assuré à la date du *diagnostic* de votre maladie en phase terminale; ou
- le *solde impayé* calculé en fonction du calendrier initial durée de votre prêt.

Nous paierons aussi le montant des *intérêts courus* sur le *solde impayé* du prêt assuré, ainsi que les *intérêts sur le montant du règlement*.

Le montant d'assurance payable au titre de la prestation du vivant ne dépassera pas :

- le *solde impayé* du prêt assuré; ou
- le « *montant d'assurance maximale offert* » indiqué dans la *demande d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que nous avons établi et que vous avez souscrit est inférieur au montant du prêt, votre prestation du vivant sera réduite de façon proportionnelle, comme 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 si la cause du sinistre 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.

Assurance maladies graves

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez adhérer à l'assurance maladies graves au titre de votre *prêt* si, à la « *date d'effet de l'assurance* » indiquée dans la *demande d'adhésion*, vous:

- a) avez également adhéré à l'*assurance vie* au titre de votre *prêt*; et
- b) 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.

Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance maladies graves?

Si vous bénéficiez d'une couverture d'assurance maladies graves et que vous remplissez les conditions du présent guide de produit, nous versons une prestation à compter de la date d'établissement de votre *diagnostic* de maladie grave, lequel est confirmé par des résultats d'examen.

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 s'élèvera à la moindre des sommes suivantes :

- le *solde impayé* du *prêt* assuré à la date du *diagnostic* de votre maladie grave; ou
- le *solde impayé* calculé en fonction du calendrier initial durée de votre *prêt*.

Nous paierons aussi le montant des *intérêts courus* sur le *solde impayé* du prêt à *terme fixe assuré*, ainsi que les *intérêts sur le montant du règlement*.

La prestation d'assurance maladies graves payable ne dépassera pas :

- le *solde impayé* du prêt assuré; ou
- le « *montant d'assurance maximale offert* » indiqué dans la *demande d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que nous avons établi et que vous avez souscrit est inférieur au montant du prêt, votre prestation d'assurance maladies graves sera réduite de façon proportionnelle, comme 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.

Qu'est-ce qu'une 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 et/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'« 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 et l'invasion 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 Tis ou Ta;
- b) mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- c) tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des 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 :

- votre *diagnostic* :
 - i) ne répond pas entièrement aux critères des définitions de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer, décrites ci-dessus; ou
 - ii) 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 affection est directement ou indirectement attribuable à une automutilation ou à 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;

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique

- 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 couverture d'assurance maladies graves et vous rembourserons intégralement toute prime payée pour cette couverture.

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 une des formes de cancer couvertes par l'assurance maladies graves offerte aux termes du présent guide de produit). 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 requis ou reçu, ou qu'une personne prudente aurait requis ou reçu, *des conseils ou traitements médicaux* relatifs à des signes ou 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.

Aux fins de cette clause d'exclusion relative à un cancer préexistant :

- **Tout cancer** : Toute forme de cancer (c'est-à-dire 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'est-ce qu'une prestation d'assurance invalidité?

Vous aurez droit à une prestation d'invalidité mensuelle égale à la prestation d'invalidité mensuelle précisée dans votre *demande d'adhésion* si vous devenez *totale* 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 d'invalidité mensuelle payable ne peut être supérieure à la « *prestation mensuelle maximale payable* » indiquée 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;
- la « *prestation cumulative maximale payable* » indiquée dans votre *demande d'adhésion*; ou
- la « *prestation mensuelle maximale payable* » indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

À noter que le paiement du *prêt* 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'est-ce qu'une 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 *totalelement invalide* et le demeurer pendant toute la durée du *délai de carence* avant d'être admissible aux prestations.

- a) **Délai de carence non rétroactif** signifie que le service des prestations ne s'applique pas rétroactivement au début de votre *invalidité totale*.
- b) **Délai de carence rétroactif** signifie que le service des prestations s'applique rétroactivement au début de votre *invalidité totale*.

Totalement invalide et invalidité totale

Si vous occupez un emploi ou que vous êtes un *travailleur autonome* ou saisonnier au moment où vous devenez *totalelement invalide*, les expressions « *totalelement 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 « *totalelement 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 *totalelement invalide*, les expressions « *totalelement 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 urinaires et intestinales 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.

Pendant le *délai de carence* et l'étude de votre demande de prestations, vous êtes responsable d'effectuer les versements périodiques sur le compte de *prêt* à terme fixe.

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 de la condition suivante :

- la cause de l'affection médicale ne doit pas être liée (directement ou indirectement) à l'*invalidité totale* initiale.
- vous recevrez des prestations pour la seconde *invalidité* immédiatement après la fin de l'*invalidité totale* initiale si votre demande est approuvée et que vous êtes toujours *totalelement invalide* en raison de cette seconde *invalidité*. Une nouvelle « *période d'indemnisation maximale par sinistre* » débutera.

Début du versement des prestations d'invalidité

Une fois votre demande de prestations approuvée, vous recevrez des prestations d'invalidité après avoir satisfait au *décalé de carence*.

Le montant de votre prestation d'invalidité mensuelle est précisé dans votre *demande d'adhésion*. Ce montant ne peut être supérieur à la « *prestation mensuelle maximale payable* » indiquée dans votre *demande d'adhésion*. Le montant total des prestations d'invalidité versées ne peut dépasser la « *prestation cumulative maximale payable* », et est assujéti à la « *période d'indemnisation maximale 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 couverture d'assurance;
- est directement ou indirectement attribuable à une automutilation ou à 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
- 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.

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 *totalemeht invalide*;
- la date à laquelle le versement des prestations d'invalidité atteint la fin de la « *période d'indemnisation maximale par sinistre* », selon le nombre de mois indiqués dans votre *demande d'adhésion*;
- la date à laquelle le total cumulatif des prestations d'invalidité que nous avons versées équivaut à la « *prestation cumulative maximale payable* » indiquée dans votre *demande d'adhésion*;

- 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 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
- pour toute raison, votre *assurance vie* prend fin.

REMARQUE : Si le montant des prestations versées atteint la « prestation cumulative maximale payable » indiquée dans votre demande d'adhésion, votre couverture d'assurance invalidité prendra fin.

Refinancement de votre prêt

Le terme **refinancer** signifie que vous et le *titulaire du contrat collectif* convenez de *refinancer*, de remplacer, de renouveler, de prolonger ou autrement de modifier (collectivement, « *refinancer* ») votre *prêt* assuré. La couverture prévue au titre du présent guide de produit prend automatiquement fin dès que votre *prêt* assuré est refinancé. À moins que vous ayez souscrit une assurance de remplacement par l'entremise du *titulaire du contrat collectif*, votre *prêt* 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*, vous recevrez un nouveau guide de produit qui remplacera toutes les conditions de votre guide de produit précédent.

Toutes les exclusions, restrictions et limitations relatives à votre nouvelle couverture 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* et que votre demande de prestations dans le cas du *prêt* 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.

Refinancement de votre prêt lors d'une invalidité

Si vous recevez des prestations d'invalidité et que vous refinancez votre *prêt*, vous pouvez souscrire une assurance invalidité en fonction du montant du nouveau *prêt*. Tant que vous êtes *totalemment invalide*, nous vous verserons des prestations d'invalidité, conformément à la couverture prévue au titre du guide de produit précédent, et votre assurance invalidité demeurera en vigueur. Cependant, vos prestations d'invalidité ne peuvent pas excéder ce qui suit :

- le montant du paiement du nouveau *prêt*;
- la durée de votre assurance à l'égard de votre nouveau *prêt*; ou
- le montant de la « *prestation mensuelle maximale payable* ».

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

Présentation d'une demande de prestations

Déclaration de sinistre – Délais importants

REMARQUE : Contactez-nous dès que possible en cas de sinistre. 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. Vous pouvez également obtenir de l'information sur la façon de présenter une demande de prestations en consultant le site www.cumis.com ou en communiquant avec nous directement.

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

Numéro 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 prestations d'assurance vie

Dans le cas d'une demande de prestations d'assurance vie, le *titulaire du contrat collectif* est le premier point de contact pour vos proches ou votre représentant successoral. Il a accès aux formulaires à remplir et peut fournir de l'aide à cet effet. De plus, il sait quels renseignements nous exigeons concernant votre *prêt*. Une fois remplis, les documents nous sont transmis par le *titulaire du contrat collectif* pour que nous puissions commencer le traitement de la demande.

Nous coordonnons l'obtention de l'information dont nous avons besoin avec le titulaire du *contrat collectif* et avec votre représentant successoral. Une fois notre décision prise, nous en informons le *titulaire du contrat collectif* qui communique ensuite avec votre

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique

représentant successoral. Ce dernier peut en tout temps communiquer avec nous ou avec le *titulaire du contrat collectif* pour connaître l'état d'avancement de la demande de prestations.

*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 prestations du vivant, de maladies graves ou d'invalidité

Veillez contacter notre Centre des règlements pour faire une demande de prestations du vivant, de maladies graves ou d'invalidité. Lors de votre appel initial, nous commençons par vous poser des questions afin de valider votre identité et votre *prêt*. 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 de *prêt* au *titulaire du contrat collectif* pendant l'étude de votre demande de prestations. Vous et le *titulaire du contrat collectif* 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 : Vous devez nous fournir une déclaration écrite **dans les 30 jours** suivant la naissance du sinistre (soit la date à laquelle vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale 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 naissance du sinistre. Si nous ne recevons pas de déclaration de sinistre dans les délais prescrits, vous devez 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 prestations

Recours en cas de refus

Si votre demande de prestations est refusée et que vous n'êtes pas d'accord avec notre décision, vous pouvez demander la révision de votre dossier par écrit. 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, ON N1H 6P8

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique

Courriel : ombuds@cooperators.ca
Téléphone : 1.877.720.6733
Télécopieur : 1.519.823.9944

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
Surintendant des assurances
601-1919 Saskatchewan Drive
Regina, SK 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 :

Aucune action ou autre procédure ne peut être intentée contre un assureur pour le recouvrement des sommes payables au titre du contrat, à moins d'être intentée dans le délai prescrit par la Loi sur les assurances ou toute autre loi semblable.

Cela signifie que si nous refusons votre demande de prestations 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 prestations ou mettons fin au versement des prestations.

Pluralité de sinistres

Assurance vie, maladies graves et prestation du vivant

Si, le même jour, plus d'un *assuré* décède, souffre d'une maladie en phase terminale ou reçoit le *diagnostic* d'une maladie en phase terminale, nous ne verserons qu'une seule prestation, et ce, au premier *assuré* à présenter une demande de prestations. Par la suite, l'assurance décrite dans le présent guide de produit prendra fin. Aucune somme supérieure au *solde impayé* de votre *prêt assuré* ne sera versée, et la prestation payable ne pourra excéder le « *montant d'assurance maximale offert* ».

Invalidité

Si plus d'un *assuré* présente une demande de prestations d'*invalidité totale* au même moment, au titre du même *prêt assuré*, nous ne verserons qu'une seule prestation à la fois. 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.

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.

Vous pouvez choisir d'ajouter la *prime unique* à votre *prêt*. Le cas échéant, ce montant est compris dans le « montant du *prêt* assuré » indiqué dans votre *demande d'adhésion*. Si vous payez votre assurance en espèces, la *prime unique* ne sera pas comprise dans le « montant du *prêt* assuré ».

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* assuré, un rabais sera appliqué à la *prime unique*.

Annulation du certificat ou du contrat

Nous nous réservons le droit d'annuler le *contrat collectif*. Dans un tel cas, le *titulaire du contrat collectif* vous avisera au moins 30 jours avant la date d'effet de l'annulation, et nous honorerons toute demande de prestations 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 prestations, 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 prestations 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 n'auriez pas été admissible à l'assurance crédit collective à *prime unique*, la responsabilité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie se limite au remboursement de la *prime unique* payée, et votre assurance deviendra nulle et sans effet (comme si elle n'avait jamais existé).

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

Conformité aux lois

Si, à la *date d'effet de l'assurance*, il y a discordance entre une partie 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 dans les deux premières années d'assurance, nous vérifierons les renseignements fournis 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 en cas d'erreur sur l'âge dans votre *demande d'adhésion*, une fois que votre assurance est en vigueur depuis deux ans, nous ne vérifierons vos renseignements que s'il y a des signes de fraude. Cette période de deux ans, parfois appelée période de contestabilité, est un concept établi par la loi provinciale sur les assurances.

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 prestations, 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.cumis.com/en/about-cumis/Pages/credit-mortgage-protection-complaint-resolution-process.aspx>.

Méthode de résiliation de l'assurance

Votre couverture d'assurance auprès de Co-operators Vie est entièrement facultative et vous pouvez la résilier à tout moment.

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

Pour résilier votre assurance, vous devez communiquer avec le représentant du *titulaire du contrat collectif* dont le nom figure dans votre *demande d'adhésion*.

Si vous résiliez votre assurance dans les 30 jours suivant la *date d'effet de l'assurance*, vous recevrez le remboursement complet des primes payées, à condition de n'avoir présenté aucune demande de prestations, 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 gratuit 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 *titulaire du contrat collectif*.

Si le montant de la *prime unique* a été ajouté à votre *prêt*, le *titulaire du contrat collectif* appliquera le remboursement à la réduction ou au règlement de votre *prêt* assuré. Si vous avez payé la *prime unique* au *titulaire du contrat collectif* en espèces, ce dernier vous remboursera la prime, ainsi que toute taxe applicable.

Nous calculerons le montant du remboursement de la *prime unique* au moyen de la règle de 78 qui figure ci-dessous, à moins que des lois exigent le recours à des méthodes de calcul différentes.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique

Remboursement selon la règle de 78 :

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

Dans la formule ci-dessus :

- a) *PU* : Prime unique pour votre couverture d'assurance, moins les taxes applicables;
- b) *FC* : Frais liés au certificat et compris dans la prime unique lorsque votre demande d'adhésion a été traitée pour la première fois;
- c) *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;
- d) *N* : Nombre total de mois de votre période d'assurance initiale.

Pour savoir à combien s'élèverait le remboursement de votre *prime unique*, communiquez avec le *titulaire du contrat collectif*.

Aucune prime ne vous sera remboursée si nous avons annulé votre couverture en raison d'une 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.

Activités de la vie quotidienne :

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

Assurance vie : Assurance crédit collective qui vous est fournie dans le cadre du présent certificat d'assurance et qui, à votre décès, verse une prestation au *titulaire du contrat collectif*.

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

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

Contrat collectif : Contrat d'assurance crédit collective établi par Co-operators Compagnie d'assurance-vie au nom du *titulaire du contrat collectif* et par lequel les garanties d'assurance vie et invalidité sont offertes à toutes les personnes admissibles qui décident d'y adhérer et acquittent la *prime unique* exigible.

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'est-ce qu'une invalidité? ».

Demande d'adhésion : Formulaire à remplir et à signer pour adhérer à un ou plusieurs types d'assurance au titre 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 prestations d'assurance ».

Effectivement au travail : Voir la définition à la section « Qu'est-ce qu'une invalidité? ».

Emploi principal : Emploi duquel vous tirez au moins 75 % de votre salaire brut pendant la période de 12 mois précédant immédiatement le début de votre *invalidité totale*.

Employé et 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*.

Intérêts courus : Intérêts sur le *solde impayé* de votre *prêt* assuré entre la date de votre dernier versement, établie par le *titulaire du contrat collectif*, et la date de votre décès ou la date d'établissement d'un *diagnostic* de maladie en phase terminale, selon le montant de la prestation 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* 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 la date d'établissement d'un *diagnostic* de maladie en phase terminale, selon le montant de la prestation payable; ces intérêts ne doivent pas courir pendant plus de 90 jours.

Invalidité : Voir la définition à la section « Qu'est-ce qu'une invalidité? ».

Invalidités simultanées : Voir la définition à la section « Qu'est-ce qu'une invalidité? ».

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 : Voir la définition à la section « Limites relatives aux prestations d'assurance ».

Montant du prêt approuvé : Solde initial de votre *prêt* approuvé par le *titulaire du contrat collectif* à la *date d'effet de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

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 prestations d'assurance ».

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

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

Prêt : Capital que le *titulaire du contrat collectif* consent à vous prêter pendant une période fixe aux termes de la convention de prêt conclue entre vous et le *titulaire du contrat collectif*, à compter de la *date d'effet de l'assurance*, et que vous avez l'obligation légale de rembourser.

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'est-ce qu'une invalidité? ».

Refinancer : Le fait, pour vous et le *titulaire du contrat collectif*, de convenir de refinancer, de remplacer, de renouveler, de prolonger ou de modifier votre *prêt* assuré.

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 dans l'exercice de ses fonctions habituelles ou d'autres fonctions.

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 : Solde impayé de votre *prêt assuré*, dont le calcul est établi par le *titulaire du contrat collectif*, et sur la base duquel la *prime unique* est calculée et exigible.

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 de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de notre approbation, une affection peut être *diagnostiquée* par un *médecin dûment autorisé* exerçant au Canada.

Suicide : Le fait de vous enlever la vie dans les deux ans suivant la *date d'effet de l'assurance*, quel que soit votre état d'esprit et que vous ayez réfléchi ou non aux conséquences de votre geste.

Titulaire du contrat collectif : Titulaire du contrat collectif indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

Totalement invalide et invalidité totale : Voir la définition à la section « Qu'est-ce qu'une invalidité? ».

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, un partenariat, une corporation 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 où 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 elle peut exercer son *emploi*.

Votre vie privée est importante pour nous

Chez Co-operators Compagnie d'assurance-vie, 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 nous en faisant la demande par écrit.

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.

Nous pouvons également communiquer vos renseignements personnels au titulaire du contrat collectif et à ses 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 de plus amples renseignements sur nos règles de confidentialité, veuillez consulter la page web suivante : www.cooperators.ca. Pour toute question sur vos renseignements personnels, appelez-nous sans frais au 1-800-667-8164, envoyez-nous un courriel à Privacy@cooperators.ca ou écrivez-nous à Co-operators Compagnie d'assurance-vie, 1900 Albert Street, Regina, SK S4P 4K8, à l'attention du chef de la protection de la vie privée.

CUMIS®

Service à la clientèle – 1.800.263.9120

www.cumis.com

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

C.P. 5065, 151 North Service Rd., Burlington, Ontario L7R 4C2

Téléphone: 1.800.263.9120 Télécopieur: 1.888.770.7951

Courriel: customer.service@cumis.com

www.cumis.com

L'assurance crédit collective est souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. 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.

CUMIS^{MD} est une marque déposée de CUMIS Insurance Society, Inc., et est utilisée avec autorisation.