

Protection pour votre marge de crédit

Assurance crédit collective (à prime mensuelle)
(Vie, invalidité et maladie grave)

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 mensuelle) – Marge de crédit

Le présent Guide de produit et certificat d'assurance (ci-après appelé « guide de produit ») décrit l'assurance facultative que vous avez souscrite et sert également de certificat d'assurance. Veuillez le lire conjointement avec la copie de votre *fiche d'adhésion* dûment remplie que le *titulaire du contrat collectif* vous a remise.

Ce guide de produit renferme des renseignements importants sur votre assurance, y compris les conditions pouvant exclure, restreindre ou limiter votre protection ou vos garanties. Ce guide de produit comporte de l'information sur toutes les protections d'assurance offertes au titre du *contrat collectif*, y compris sur celles que vous pourriez ne pas avoir choisies.

Vous trouverez dans les pages qui suivent, un aperçu des principales dispositions du *contrat collectif*. En cas de divergence entre les conditions du guide de produit et celles décrites dans le *contrat collectif*, celles du *contrat collectif* prévalent.

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, « vous », « votre », « vos » et « vous-même » sont des termes qui font référence à toute personne :

- a) qui est admissible à l'assurance au titre du *contrat collectif*, soit une personne physique qui a contracté une *marge de crédit* auprès du *titulaire du contrat collectif* :
 - i) dont elle est responsable et a l'obligation légale de rembourser, en tout ou en partie, soit en tant qu'emprunteur, coemprunteur, cosignataire, garant ou endosseur; ou
 - ii) dans le cas d'une *entreprise*, a l'obligation légale de rembourser la *marge de crédit* au *titulaire du contrat collectif* soit en tant que propriétaire d'entreprise, personne clé ou toute autre personne associée à l'entreprise responsable de la dette;
- b) dont le nom figure dans la *fiche d'adhésion* et qui a souscrit un ou plusieurs types d'assurance en vertu du *contrat collectif*;
- c) pour qui nous avons reçu la *prime*; et
- d) à qui nous avons émis 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 toute modification y ayant été apportée en communiquant avec le *titulaire du contrat collectif*.

Veuillez lire ce document avec attention et le conserver en lieu sûr. Vous pourriez devoir le consulter plus tard si vous avez des questions sur votre assurance ou en cas de sinistre.

Questions

Concernant votre assurance

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

Concernant votre marge de crédit

Pour toute question concernant votre *marge de crédit*, veuillez communiquer avec le représentant du *titulaire du contrat collectif* dont le nom figure dans votre *fiche d'adhésion*.

Table des matières

Introduction	4
Le contrat collectif	4
Votre certificat d'assurance	4
L'importance de l'assurance à prime mensuelle	4
Aperçu des garanties	5
Critères d'adhésion à tous les types d'assurance	5
Entrée en vigueur de l'assurance	6
Fin de l'assurance	6
Limites relatives aux prestations d'assurance	7
Protection d'assurance selon la limite autorisée de la marge de crédit	7
Réduction des prestations d'assurance	8
Exclusion relative à un état de santé préexistant	8
Assurance vie	10
Adhésion à l'assurance	10
Qu'est-ce qu'une prestation du capital-décès ?	10
Qu'est-ce qu'une prestation du vivant ?	11
EXCLUSIONS : Situations où la prestation du capital-décès n'est pas versée	12
Assurance maladies graves	12
Adhésion à l'assurance	12
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
Exclusion pour état de santé préexistant relatif à un cancer	17
Assurance invalidité	18
Adhésion à l'assurance	18
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance invalidité ?	19
Qu'est-ce qu'une invalidité ?	19
Début du versement des prestations d'invalidité	22
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'invalidité n'est pas versée	22
Fin des prestations invalidité	23
Refinancement de votre marge de crédit	24
Que se passe-t-il en cas de refinancement?	24
Refinancement de votre marge de crédit lors d'une invalidité	25
Présentation d'une demande de prestations	26
Déclaration de sinistre – Délais importants	26
Preuve de sinistre	26
Autres renseignements importants sur les demandes de prestations	27
Délais importants pour tenter une poursuite en justice	28
Autres renseignements sur votre assurance	29
À propos de votre prime d'assurance	29
Annulation du certificat ou contrat	30
Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque	30
Erreur sur l'âge	31
Déclaration inexacte sur le tabagisme	31
Contestabilité de l'assurance	31
Insatisfaction et plainte	31
Méthode de résiliation de l'assurance	32
Définitions	33
Votre vie privée est importante pour nous	36

Introduction

Le contrat collectif

Co-operators Compagnie d'assurance-vie a établi un contrat d'assurance crédit collective au nom du *titulaire du contrat collectif* indiqué dans la *demande d'adhésion*. Le *contrat collectif* prévoit une assurance crédit collective, telle que décrite dans ce guide de produit, au profit des emprunteurs admissibles du *titulaire du contrat collectif* qui adhèrent à l'assurance et acquittent la prime exigible.

Le *contrat collectif* et le présent guide de produit ne sont pas participatifs. Cela signifie que votre protection d'assurance n'a pas de valeur de rachat et qu'il n'y a pas de versement de dividendes.

Votre certificat d'assurance

Ce guide de produit vous est remis parce que vous avez décidé de souscrire un ou plusieurs types d'assurance offerts en vertu du *contrat collectif*. Ce document tient lieu de certificat d'assurance et, avec votre *fiche d'adhésion* à l'assurance (une fois que nous avons émis la protection d'assurance), constitue l'attestation de votre protection en vertu du *contrat collectif*.

REMARQUE : Il se peut que le titulaire du contrat collectif n'offre pas tous les types d'assurance décrits dans le présent guide de produit. Veuillez consulter votre fiche d'adhésion pour confirmer le type d'assurance que vous avez souscrit.

Les conditions de votre assurance se trouvent dans :

- votre *fiche d'adhésion*;
- ce guide de produit;
- le *contrat collectif* et toute modification apportée; et.
- toute autre offre d'assurance que vous avez acceptée par écrit.

Tous les droits et obligations en vertu du *contrat collectif* sont régis par les lois canadiennes et de la province dans laquelle vous résidez lors de votre adhésion.

Vous avez le droit d'examiner et d'obtenir copie du *contrat collectif* et de certaines autres déclarations ou registres que vous nous avez soumis (le cas échéant) sous réserve de certaines limitations d'accès.

L'importance de l'assurance à prime mensuelle

L'assurance crédit collective à *prime* mensuelle 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 vous acquittez vos primes d'assurance à temps et que l'information que vous avez fournie au moment de votre adhésion est complète et véridique, des prestations d'assurance seront payables, sous réserve des modalités, conditions et exclusions applicables, telles qu'énoncées dans le présent guide de produit.

REMARQUE : Après étude de votre demande d'assurance, nous pourrions vous offrir une protection d'assurance comportant des exclusions non précisées dans le présent guide de produit. Vous recevrez une offre séparément concernant ces exclusions, s'il en est, et vous devrez accepter cette offre par écrit.

Aperçu des garanties

- **Assurance vie** : rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* si vous décédez.
- **Assurance maladie grave** : rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* si vous recevez un *diagnostic* de maladie grave assurée.
- **Assurance invalidité** : prévoit le versement mensuel de prestations d'invalidité équivalant à trois pour cent du *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* si vous devenez totalement invalide.

Versement des prestations

Si elles sont payables, les prestations d'assurance sont versées au *titulaire du contrat collectif*. En tant que créancier de votre *marge de crédit assurée*, le *titulaire du contrat collectif* affectera les prestations au règlement du *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée*, sinon à votre crédit.

Critères d'adhésion à tous les types d'assurance

REMARQUE : Vous devez remplir chacun des critères d'admissibilité expliqués ci-après. Sinon, vous ne pouvez bénéficier de la protection d'assurance prévue par ce guide de produit.

Vous pouvez souscrire les assurances vie, invalidité et maladie grave pour votre *marge de crédit* si, à la date d'effet de l'assurance ou à la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion* :

- vous êtes résident canadien (vivant au Canada au moins six mois par année);
- vous avez l'obligation légale de rembourser votre *marge de crédit* au *titulaire du contrat collectif*, soit en tant qu'emprunteur, coemprunteur, cosignataire, garant ou endosseur
- vous avez l'obligation légale de rembourser votre *marge de crédit* au *titulaire du contrat collectif*, soit en tant que propriétaire d'entreprise, personne clé ou toute autre personne associée à l'entreprise responsable de la dette;
- votre âge se situe dans les limites de l'âge admissible minimal/maximal pour chaque type d'assurance que vous avez souscrit, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*; et
- vous n'avez pas présenté de demande de règlement de la prestation du vivant (versement anticipé de la prestation d'assurance vie) en vertu d'un quelconque contrat d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance que nous avons émis.

Entrée en vigueur de l'assurance

La date *d'effet de l'assurance* crédit collective (à *prime* mensuelle) correspond à la plus tardive des dates suivantes :

- la *date d'effet de l'assurance* ou la *date de la demande d'assurance* telle qu'indiquée dans votre *fiche d'adhésion* à l'assurance; ou
- la date de l'avis d'approbation de votre certificat d'assurance crédit collective (à prime mensuelle).

Si vous désirez souscrire des garanties complémentaires auxquelles vous aviez renoncé antérieurement ou effectuer tout changement à votre protection existante, contactez le titulaire du contrat collectif pour plus de renseignements.

Une *prime* d'assurance débitée de votre compte ou perçue par erreur ne rend pas l'assurance en vigueur si vous n'êtes pas autrement assurable ou admissible à l'assurance.

Fin de l'assurance

Toutes les protections d'assurance, soit les assurances vie, invalidité et (ou) maladie grave que vous avez souscrites prennent fin à la première des éventualités suivantes :

- a) la date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation de l'assurance indiqué dans votre *fiche d'adhésion*;
- b) la fin de l'assurance, telle qu'indiquée dans votre *fiche d'adhésion*;
- c) 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;
- d) la date à laquelle vous fermez votre *marge de crédit assurée*;
- e) la date à laquelle on vous libère, par effet de la loi, de votre obligation légale de rembourser votre *marge de crédit assurée* (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- f) la date à laquelle vous transférez ou cédez votre *marge de crédit assurée* à un créancier autre que le *titulaire du contrat collectif*;
- g) la date à laquelle votre *prime* d'assurance est échue depuis plus de 75 jours;
- h) la date à laquelle nous versons une prestation du vivant en vertu du présent guide de produit;
- i) la date de résiliation du *contrat collectif*, conformément aux dispositions prévues au contrat; et;
- j) la date de votre décès.

REMARQUE : Si plus d'un emprunteur a souscrit le même type de protection d'assurance, **tel qu'indiqué dans votre fiche d'adhésion, il se peut que l'assurance de l'un d'eux prenne fin de la façon décrite sous la présente rubrique.** La protection d'assurance que nous avons émise pour les autres emprunteurs lors de la même adhésion pourrait demeurer en vigueur, sous réserve des conditions énoncées dans le présent guide de produit.

Limites relatives aux prestations d'assurance

Dans le cas de toutes les assurances, il existe des limites quant au montant d'assurance total que nous pouvons vous consentir et quant à la durée pendant laquelle l'assurance peut demeurer en vigueur. Pour ce qui est de l'assurance invalidité, il y a également des limites quant à la durée du versement des prestations. Le montant d'assurance de votre *marge de crédit* peut être inférieur à la limite autorisée de votre *marge de crédit*.

Période de prestation maximale par sinistre signifie le nombre total de mois durant lesquels nous versons des prestations d'assurance invalidité relativement à une seule et même demande de règlement, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

Prestation cumulative maximale payable signifie le montant maximal total des prestations d'assurance invalidité que nous payons sur toute *marge de crédit*, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*. Si le montant de votre assurance vie ou, s'il y a lieu, le montant de votre assurance maladie grave est inférieur à la prestation cumulative maximale payable, le montant de vos prestations d'invalidité se limitera au montant de votre assurance vie ou maladie grave.

Assurance maximale offerte signifie le montant maximal d'assurance vie et d'assurance maladie grave que nous approuvons sur toute *marge de crédit*, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

Prestation mensuelle maximale payable signifie le montant maximal mensuel de protection d'assurance invalidité que nous payons sur toute *marge de crédit*, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

Nous ne versons plus de prestations une fois que votre protection d'assurance a pris fin.

Protection d'assurance selon la limite autorisée de la marge de crédit

Montant d'assurance maximal garanti

Au moment de la demande d'assurance, nous émettrons automatiquement la protection d'assurance que vous avez souscrite et vous ne serez pas tenu de répondre aux questions médicales si :

- vous avez souscrit une protection d'assurance pour votre *marge de crédit* selon un montant équivalant ou inférieur au montant d'assurance maximal garanti indiqué dans votre *fiche d'adhésion*; et
- vous répondez à tous les critères d'admissibilité au moment de remplir votre *fiche d'adhésion*.

Une protection d'assurance pour toute augmentation subséquente de votre *marge de crédit*, jusqu'à concurrence du montant d'assurance maximal garanti, sera également émise automatiquement.

REMARQUE : Nous devons approuver par écrit toute protection d'assurance supérieure au montant d'assurance maximal garanti indiqué dans votre fiche d'adhésion.

Réduction des prestations d'assurance

Si nous ne vous accordons pas une protection au-delà du montant d'assurance maximal garanti

Si vous présentez une demande d'assurance pour un montant supérieur au montant d'assurance maximal garanti indiqué dans votre *fiche d'adhésion* et que nous vous refusons ce montant, votre protection d'assurance sera établie au montant d'assurance maximal garanti. Nous vous aviserons par écrit de cet ajustement du montant. La *prime* d'assurance pourrait différer en conséquence.

Le montant d'assurance maximal garanti est disponible uniquement au moment où l'assurance est établie.

REMARQUE : Pour ce qui est de l'assurance invalidité, la prestation d'assurance invalidité mensuelle maximale et la prestation cumulative maximale payable indiquées dans votre fiche d'adhésion seront réduites afin d'équivaloir au montant d'assurance invalidité que nous avons établi.

Si la limite autorisée de votre *marge de crédit* est supérieure au montant d'assurance maximale offerte indiqué dans votre *fiche d'adhésion*, votre *marge de crédit assurée* sera plafonnée au montant d'assurance maximale offerte. Ce montant d'assurance plafonné sera utilisé pour calculer la *prime* et verser les prestations au moment d'un règlement de sinistre.

Exclusion relative à un état de santé préexistant

Protection d'assurance inférieure ou égale au montant d'assurance maximal garanti

REMARQUE : Si votre marge de crédit assurée est égale ou inférieure au montant d'assurance maximal garanti indiqué dans votre fiche d'adhésion, nous ne versons pas de prestations d'assurance ni n'effectuons de remboursement de votre prime mensuelle 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** désigne toute affection, maladie, blessure corporelle, état de santé ou symptôme (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) pour lequel vous-même ou toute personne prudente aurait cherché à recevoir ou reçu des *conseils ou soins médicaux* au cours de la période d'exclusion pour état de santé préexistant (exprimée en mois) indiquée dans votre *fiche d'adhésion* et précédant immédiatement la date d'effet de l'assurance.

Pour les besoins de la présente définition d'état de santé préexistant:

- **Conseils ou soins médicaux** signifie une consultation auprès de tout *médecin détenant un permis d'exercice* ou de tout *professionnel de la santé agréé*. Cela comprend notamment les *soins médicaux* ou paramédicaux, les examens exploratoires, l'usage de comprimés ou de tout médicament d'ordonnance, ou les injections reçues pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une demande de prestations.

- Un **professionnel de la santé** est une personne qui est légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, tels que définis par la Loi canadienne sur la santé.

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

Si avant la prise d'effet de votre assurance, vous avez présenté des symptômes ou avez été traité pour un problème de santé pendant une période déterminée, nous ne versons aucune prestation d'assurance si votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale survient au cours d'une période déterminée après la prise d'effet de votre assurance. Ces périodes déterminées (exprimées en mois) sont indiquées ensemble dans votre *fiche d'adhésion* en tant que période d'exclusion pour état de santé préexistant.

Par exemple :

Votre période d'exclusion pour état de santé préexistant (exprimée en mois) indiquée dans votre *fiche d'adhésion* est « 6/6 ». Vous avez présenté des symptômes et vous avez été traité pour un trouble cardiaque cinq mois avant que l'assurance soit entrée en vigueur. 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 protection d'assurance est en vigueur depuis moins de six mois complets, nous ne versons pas de prestations d'assurance.

Toutefois, si vous remplissez tous les critères d'admissibilité à l'adhésion à la *date d'effet de l'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*, nous versons des prestations d'assurance si votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale découlant de votre problème cardiaque, à n'importe quel moment après que votre assurance soit demeurée en vigueur pendant six mois complets.

Toutefois, si votre demande de règlement en vertu de l'assurance invalidité ou de l'assurance maladie grave est refusée en raison d'un état de santé préexistant, votre assurance demeurera en vigueur.

Période d'exclusion pour état de santé préexistant

L'exclusion relative à un état de santé préexistant s'applique durant la période d'exclusion pour état de santé préexistant indiquée dans votre *fiche d'adhésion*. Nous verserons des prestations d'assurance si, après que la période d'exclusion pour état de santé préexistant a pris fin, 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

Adhésion à l'assurance

Lorsque vous faites une demande d'assurance vie, vous devez répondre aux questions médicales qui se trouvent dans votre *fiche d'adhésion* si :

- la limite autorisée de votre *marge de crédit* est plus élevée que le montant d'assurance maximal garanti indiqué dans votre *fiche d'adhésion*; et
- si vous avez fait une demande d'assurance dont le montant est plus élevé que le montant d'assurance maximal garanti.

Ce sont vos réponses à ces questions qui nous permettent d'évaluer votre admissibilité à l'assurance que vous désirez souscrire.

Il peut arriver que votre demande d'assurance soit approuvée automatiquement. Si ce n'est pas le cas, nous vous demandons alors de nous fournir de plus amples renseignements médicaux concernant votre santé ou autre information, dans le cadre de notre évaluation.

Dès que nous avons complété l'étude de votre admissibilité à l'assurance vie, nous vous écrivons pour vous informer si nous avons accepté ou refusé votre demande d'assurance vie.

Qu'est-ce qu'une prestation du capital-décès ?

Lorsqu'une assurance vie vous est consentie et que vous remplissez les conditions du présent guide de produit, si vous décédez, nous verserons un capital-décès tel que décrit ci-après.

Si vous décédez par suite d'un accident

Si vous décédez par suite d'un *accident*, nous verserons une prestation d'assurance vie équivalant au *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* à la date de votre décès, tel que calculé par le *titulaire du contrat collectif*.

Nous payons également les *intérêts courus* sur le montant, les *chèques en circulation* et les *intérêts sur le montant du règlement*.

Si vous décédez de toute autre cause

Si vous décédez de toute autre cause qu'un *accident*, nous verserons une prestation d'assurance vie équivalant au moins élevé des montants suivants, tels que calculés par le *titulaire du contrat collectif* :

- le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* à la date de votre décès; ou
- 110 pour cent du *solde impayé* mensuel moyen de votre *marge de crédit assurée* pendant la période de 12 mois précédant la date de votre décès.

Nous payons également les *intérêts courus* sur l'un ou l'autre des montants ci-dessus, ainsi que les *chèques en circulation* et les *intérêts sur le montant du règlement*.

Le capital-décès payable ne peut dépasser :

- le montant de protection d'assurance que nous vous avons consenti; ou
- le montant d'assurance maximale offerte tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous vous avons consenti est inférieur à la limite autorisée de votre marge de crédit, le montant de votre prestation d'assurance vie est diminué proportionnellement, tel que décrit sous la rubrique Réduction des prestations d'assurance.

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

Qu'est-ce qu'une prestation du vivant ?

Si nous vous accordons une assurance vie, vous avez alors droit à une prestation du vivant (versement anticipé de la prestation d'assurance vie).

Si vous recevez un *diagnostic* de maladie en phase terminale (pour laquelle votre espérance de vie est d'au plus 12 mois) de la part d'un *médecin détenant un permis d'exercice*, et que nous jugeons apte à poser un tel *diagnostic*, vous avez le droit de présenter une demande de règlement en vertu de la prestation du vivant.

REMARQUE : La demande de prestation du vivant doit être déposée avant le décès.

Nous rembourserons une prestation d'assurance équivalant au moins élevé des montants suivants à la date de votre *diagnostic*, tels que calculés par le *titulaire du contrat collectif* :

- le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* à la date de votre *diagnostic* de maladie en phase terminale; ou
- 110 pour cent du *solde impayé* mensuel moyen de votre *marge de crédit assurée* au cours de la période de 12 mois précédant la date de *diagnostic* de maladie en phase terminale.

Nous payons également les *intérêts courus* sur l'un ou l'autre des montants ci-dessus, les *chèques en circulation* et les *intérêts sur le montant du règlement*.

Le montant de prestation du vivant payable ne peut dépasser :

- le montant de protection d'assurance vie que nous vous avons consenti; ou
- le montant d'assurance maximale offerte, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous vous avons consenti est inférieur à la limite autorisée de votre marge de crédit, votre montant de prestation du vivant sera réduit proportionnellement, tel que décrit sous la rubrique Réduction des prestations d'assurance.

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

EXCLUSIONS : Situations où la prestation du capital-décès n'est pas versée

Le capital-décès ou prestation du vivant n'est pas payable si la cause du sinistre est directement, indirectement ou de quelque façon en lien avec ce qui suit :

- vous vous suicidez dans les deux ans qui suivent la date d'effet du certificat (dans le cas du capital-décès);
- vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
- vous utilisez ou consommez de la drogue, de l'alcool, une substance toxique, une substance intoxicante et (ou) des stupéfiants, autrement que selon l'ordre et les directives d'un *médecin détenant un permis d'exercice*;
- le fait pour vous de conduire ou de contrôler une embarcation ou un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à la limite légale 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.

Après versement d'une prestation d'assurance maladie grave

Nous ne versons pas de capital-décès si, dans les 12 mois suivant la date à laquelle vous recevez un *diagnostic* de maladie grave, vous décédez d'une maladie, d'une blessure ou d'une affection (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) lié directement ou indirectement au *diagnostic* pour lequel nous avons versé la prestation d'assurance maladie grave.

Assurance maladies graves

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez souscrire une assurance maladie grave pour votre *marge de crédit* si, à compter de la *date d'effet de l'assurance* ou de la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion* :

- vous avez également souscrit une assurance vie pour votre *marge de crédit*; et
- vous n'avez pas présenté de demande de prestation d'assurance maladie grave au titre d'un contrat ou d'un certificat d'assurance crédit collective que nous avons émis.

Le montant de protection de l'assurance maladie grave que vous souscrivez doit équivaloir au montant d'assurance vie que vous souscrivez.

Lorsque vous faites une demande d'assurance maladie grave, vous devez répondre aux questions médicales qui se trouvent dans la *fiche d'adhésion* si :

- la *limite autorisée de la marge de crédit* est plus élevée que le montant d'assurance maximal garanti indiqué dans votre *fiche d'adhésion*; et
- vous avez souscrit une protection d'assurance dont le montant est supérieur au montant d'assurance maximal garanti.

Ce sont vos réponses à ces questions qui nous permettent d'évaluer votre admissibilité au montant d'assurance que vous souscrivez.

Il peut arriver que votre demande d'assurance soit approuvée automatiquement. Si ce n'est pas le cas, nous vous demandons alors de nous fournir de plus amples renseignements médicaux concernant votre santé ou autre information, dans le cadre de notre évaluation.

Dès que nous avons complété l'étude de votre admissibilité à l'assurance maladie grave, nous vous écrivons pour vous informer si nous avons accepté ou refusé votre demande d'assurance maladie grave.

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

Lorsqu'une assurance maladie grave vous est accordée et que vous remplissez les conditions du présent guide de produit, nous vous versons une prestation d'assurance à compter de la date où votre *diagnostic* a été confirmé par des résultats appropriés.

REMARQUE : Si vous recevez un diagnostic de maladie grave et que nous vous versons une prestation d'assurance maladie grave en vertu du présent guide de produit, votre assurance maladie grave prendra fin. Toutefois, votre assurance vie (et le cas échéant, votre assurance invalidité) sera maintenue, sous réserve des exclusions décrites aux présentes.

Pour être admissible à la prestation d'assurance maladie grave, le *diagnostic* de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer que vous avez reçu, doit avoir été établi après la *date d'effet de l'assurance* et avant son expiration.

Si vous recevez un *diagnostic* de maladie grave, nous verserons une prestation d'assurance équivalant au moins élevé des montants suivants, tels que calculés par le *titulaire du contrat collectif* :

- le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* à la date du *diagnostic* de votre maladie grave; ou
- 110 pour cent du *solde impayé* mensuel moyen de votre *marge de crédit assurée* au cours de la période de 12 mois précédant la date du *diagnostic* de votre maladie grave.

Nous payons également les *intérêts courus* sur l'un ou l'autre des montants ci-dessus, ainsi que les *chèques en circulation* et les *intérêts sur le montant du règlement*.

Le montant de prestation d'assurance maladie grave payable ne peut dépasser :

- montant de protection d'assurance que nous vous avons consenti; ou
- le montant d'assurance maximale offerte, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous vous avons consenti est inférieur à la limite autorisée de votre marge de crédit, le montant de votre prestation d'assurance maladie grave est diminué proportionnellement, tel que décrit sous la rubrique Réduction des prestations d'assurance.

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

Qu'est-ce qu'une maladie grave ?

La crise cardiaque, l'accident vasculaire cérébral et le cancer sont des maladies graves définies 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

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'oeil 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'oesophage, 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

La prestation d'assurance maladie grave n'est pas payable lorsque votre problème de santé résulte de ce qui suit :

- votre *diagnostic* :
 - a) ne correspond pas parfaitement aux exigences de la définition de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer décrites ci-dessus; ou
 - b) est précisé dans la liste des Exclusions pour crise cardiaque, des Exclusions relatives à l'accident vasculaire cérébral ou des Exclusions relatives au cancer décrites ci-dessus;
- votre problème de santé est la conséquence directe ou indirecte d'une blessure auto-infligée ou d'une tentative de vous enlever la vie, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste;
- vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
- vous utilisez ou consommez de la drogue, de l'alcool, une substance toxique, une substance intoxicante et (ou) des stupéfiants, autrement que selon l'ordre et les directives d'un *médecin détenant un permis d'exercice*;

- le fait pour vous de conduire ou de contrôler une embarcation ou un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à la limite légale 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.

Diagnostic de cancer à l'intérieur 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 pour état de santé préexistant relatif à un cancer

Protection d'assurance inférieure ou égale au montant d'assurance maximal garanti

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.

REMARQUE : Pour l'assurance en cas de maladie grave, la période d'exclusion pour état de santé préexistant indiquée dans votre fiche d'adhésion ne s'applique pas si vous avez déjà eu une forme quelconque de cancer (c'est-à-dire, pas seulement une forme de cancer couvert par l'assurance en cas de maladie grave offerte au titre du présent guide de produit). Si c'est votre cas, nous ne versons pas la prestation d'assurance en cas de maladie grave si un diagnostic quelconque de cancer est posé. Nous expliquons cela plus en détail ci-après.

Si, à quelque moment que ce soit avant la *date d'effet de l'assurance* :

- vous avez reçu un *diagnostic* pour un quelconque cancer; ou
- vous n'avez pas encore reçu un *diagnostic* pour un quelconque cancer, mais que :
 - a) vous avez présenté des signes ou symptômes apparents d'un quelconque cancer; ou
 - b) avez tenté d'obtenir ou obtenu des *conseils ou soins médicaux* (tels qu'une personne prudente aurait tenté d'obtenir ou obtenus) en lien avec les signes ou symptômes apparents d'un quelconque cancer; nous ne versons pas la prestation d'assurance pour :
- un cancer couvert pour lequel vous avez reçu un *diagnostic*;
- la récurrence de ce cancer couvert; ou
- tout *diagnostic* futur en lien avec tout autre cancer couvert.

En ce qui concerne l'exclusion pour état de santé préexistant relatif à un cancer :

- **Quelconque cancer** s'entend de toute forme de cancer (et non pas seulement d'une forme de cancer couvert par l'assurance en cas de maladie grave prévue par le présent guide de produit).
- **Cancer couvert** s'entend d'une forme de cancer couvert par l'assurance en cas de maladie grave en vertu du présent guide de produit, sous réserve de la présente exclusion pour un état de santé préexistant relatif à un cancer.
- **Cancer non couvert** s'entend d'une forme de cancer qui n'est pas couvert par l'assurance en cas de maladie grave prévue par le présent guide de produit.

Assurance invalidité

Adhésion à l'assurance

Lorsque vous faites une demande d'assurance invalidité, vous devez répondre aux questions médicales qui se trouvent dans la *fiche d'adhésion* si :

- la *limite autorisée de la marge de crédit* est supérieure au montant d'assurance maximal garanti indiqué dans votre *fiche d'adhésion*; et
- vous avez souscrit une protection d'assurance dont le montant est plus élevé que le montant d'assurance maximal garanti.

Ce sont vos réponses à ces questions qui nous permettent d'évaluer votre admissibilité au montant d'assurance que vous désirez souscrire.

Il se peut que votre demande d'assurance soit approuvée automatiquement. Si ce n'est pas le cas, nous vous demandons alors de nous fournir de plus amples renseignements médicaux concernant votre santé ou autre, dans le cadre de notre évaluation.

Dès que nous avons complété l'étude de votre admissibilité à l'assurance invalidité, nous vous écrivons pour vous informer si nous avons accepté ou refusé votre demande d'assurance invalidité.

Si nous rejetons votre demande d'assurance invalidité, il se peut que nous puissions vous offrir une protection d'assurance comportant des exclusions, selon le montant d'assurance que vous avez souscrit. Dans un tel cas, nous vous présenterons une offre par écrit que vous pourrez accepter ou refuser à l'intérieur du délai imparti.

Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance invalidité ?

Lorsqu'une assurance invalidité vous est consentie et que vous remplissez les conditions du présent guide de produit, nous verserons une prestation d'assurance invalidité tel que décrit ci-après.

Si vous devenez totalement invalide par suite d'un accident

Si vous devenez totalement invalide par suite d'un *accident*, nous versons une prestation d'assurance invalidité mensuelle équivalant à trois pour cent du *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* à la date de votre invalidité totale, tel que calculé par le *titulaire du contrat collectif*.

Votre prestation d'assurance invalidité mensuelle ne peut cependant dépasser la prestation mensuelle maximale payable indiquée dans votre *fiche d'adhésion*.

Si vous devenez totalement invalide pour toute autre raison

Si vous devenez totalement invalide pour toute autre raison qu'un *accident*, nous versons une prestation d'assurance invalidité mensuelle équivalant à trois pour cent du moins élevé des montants suivants, tels que calculés par le *titulaire du contrat collectif* :

- le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* à la date de votre invalidité totale; ou
- 110 pour cent du *solde impayé* mensuel moyen de votre *marge de crédit assurée* au cours de la période de 12 mois précédant la date de votre invalidité totale.

Le montant de prestation d'assurance invalidité payable ne peut dépasser :

- le montant d'assurance que nous vous avons consenti;
- la prestation cumulative maximale payable indiquée dans votre *fiche d'adhésion*; ou
- la prestation mensuelle maximale payable indiquée dans votre *fiche d'adhésion*.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre votre remboursement mensuel de *marge de crédit* et la prestation d'assurance invalidité.

Les prestations d'assurance invalidité sont assujetties aux limitations et exclusions décrites dans le présent guide de produit.

Qu'est-ce qu'une invalidité ?

L'invalidité est un handicap physique résultant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'accomplir les fonctions habituelles de votre *profession principale* pendant les 12 premiers mois de l'invalidité et, après ces 12 premiers mois, vous empêche d'accomplir les fonctions de n'importe quel *emploi*.

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité et continuer à en toucher, vous devez :

- être considéré *activement au travail*;
- recevoir des *soins médicaux appropriés* de la part d'un *médecin détenant un permis d'exercice* 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 pourrions vous verser des prestations d'invalidité si vous participez à un retour au travail progressif ou à un *emploi* de réadaptation que nous jugeons approprié; et
- produire une preuve initiale satisfaisante de la légitimité de votre demande de règlement pour invalidité totale et être en mesure de produire une telle preuve en tout temps, sur demande.

À tout moment durant le traitement de votre demande de règlement ou pendant que nous versons des prestations d'invalidité, si nous le jugeons nécessaire, nous pouvons exiger que vous soyez évalué.

Termes propres à l'assurance invalidité et signification

Délai de carence

Le *délai de carence* est semblable à une période probatoire calculée en nombre de jours consécutifs entre le début de votre invalidité totale et le moment où vous devenez admissible aux prestations. Vous devez être totalement invalide et le demeurer pendant toute la durée du *délai de carence* indiqué dans votre *fiche d'adhésion*, avant d'être admissible aux prestations.

Vous demeurez responsable de vos remboursements de *marge de crédit* habituels pendant tout le *délai de carence* et pendant que votre demande de règlement est à l'étude.

Totalement invalide et invalidité totale

Si vous occupez un *emploi* ou que vous êtes un *travailleur autonome* ou saisonnier à la date où vous devenez totalement invalide, les expressions totalement invalide et invalidité totale signifient s'entendent du :

- pour les premiers 12 mois consécutifs à compter de la date à laquelle vous êtes devenu totalement invalide :
 - a) vous êtes incapable d'accomplir l'essentiel des principales fonctions de votre *profession principale*; et
 - b) vous recevez des *soins médicaux appropriés*; et
- après les premiers 12 mois consécutifs d'invalidité totale, les expressions totalement invalide et invalidité totale signifient alors que :
 - a) vous êtes incapable d'exercer les fonctions de tout *emploi* pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre scolarité, formation ou expérience; et
 - b) vous recevez des *soins médicaux appropriés*.

Si vous êtes sans *emploi*, ne travaillez pas, êtes retraité ou recevez des prestations provinciales, fédérales ou toute autre forme de prestations au moment de devenir totalement invalide, les expressions totalement invalide et invalidité totale signifient 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.

REMARQUE : Si nous approuvons votre demande de règlement en vertu de l'assurance invalidité, le montant de la prestation mensuelle sera calculé et demeurera le même pour toute la durée de la période d'indemnisation. Si après la date de votre invalidité totale, vous augmentez ou remboursez le solde impayé de votre marge de crédit assurée, le montant de la prestation mensuelle que nous vous verserons demeurera inchangé.

Invalité récidivante

Si votre invalidité totale réapparaît dans les six 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. Dans un tel cas, le *décalé de carence* indiqué dans votre *fiche d'adhésion* ne s'applique pas à votre demande de prestations pour invalidité récidivante.

Les prestations prévues par la garantie en cas d'invalidité récidivante, qu'elles soient versées de manière continue ou en bloc, ne peuvent être versées au-delà de la période de prestation maximale par sinistre, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

Invalité concomitante

On parle d'invalidité totale concomitante lorsque vous êtes frappé d'une seconde invalidité totale alors que vous touchez déjà des prestations d'invalidité pour un problème de santé autre et non lié.

Dans un tel cas, une nouvelle demande de règlement peut être présentée sous réserve de certaines conditions :

- le trouble médical à l'origine de l'invalidité totale concomitante ne doit pas être lié (directement ou indirectement) à l'invalidité totale initiale; et
- si votre invalidité totale concomitante est approuvée et que vous êtes toujours totalement invalide à cause d'elle, nous commencerons à verser les prestations au titre de la nouvelle demande de règlement immédiatement après que votre invalidité totale initiale ait pris fin. Une nouvelle période maximale de prestations commencera alors.

Début du versement des prestations d'invalidité

Une fois que nous avons accepté votre demande de règlement, nous commençons à verser les prestations d'invalidité aussitôt le *décalé de carence* expiré.

Le montant de votre prestation mensuelle sera calculé de la manière indiquée ci-dessus sous la rubrique : Qu'est-ce que la prestation d'assurance invalidité ? Ce montant ne peut dépasser la prestation mensuelle maximale payable indiquée dans votre *fiche d'adhésion*. Le montant total de prestations d'invalidité versé ne peut dépasser la prestation cumulative maximale payable, et il est assujéti à la période maximale de prestations par sinistre également indiquée dans votre *fiche d'adhésion*.

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

Nous ne versons pas de prestations d'invalidité si votre invalidité totale :

- a commencé avant la date d'effet de l'assurance;
- est en lien avec toute offre d'assurance invalidité comportant des exclusions et que vous avez acceptée par écrit;
- 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 à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- a commencé après que votre protection d'assurance a pris fin;
- 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 en lien avec la perpétration ou une tentative de perpétration d'un acte criminel de votre part;
- est en lien avec votre utilisation (ou inscription à un programme de réhabilitation) pour consommation de drogue, d'alcool, de substance toxique ou intoxicante et (ou) de stupéfiant autrement que selon l'ordonnance d'un *médecin détenant un permis d'exercice*, leur administration par lui ou conformément à ses instructions;

- résulte du fait pour vous de conduire ou de contrôler une embarcation ou un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à la limite légale permise dans le territoire visé; ou
- est en lien avec 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.

Après versement d'une prestation d'assurance maladie grave : nous ne versons pas de prestations d'invalidité si, dans les 12 mois suivant la date à laquelle vous recevez un *diagnostic* de maladie grave, vous devenez totalement invalide en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une affection (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) liée directement ou indirectement au *diagnostic* pour lequel nous avons versé des prestations d'assurance maladie grave.

Fin des prestations invalidité

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

- la date à laquelle vous cessez d'être totalement invalide;
- la date à laquelle le versement des prestations d'invalidité atteint la fin de la période maximale de prestations par sinistre, selon le nombre de mois indiqués dans votre *fiche d'adhésion*;
- la date à laquelle le total cumulatif de toutes les prestations d'invalidité que nous avons versées équivaut à la prestation cumulative maximale payable indiquée dans votre *fiche d'adhésion*;
- la date à laquelle vous remboursez entièrement votre *marge de crédit*;
- la date à laquelle vous êtes confiné à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire 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;
- vous n'êtes plus activement sous les soins d'un *médecin*;
- vous refusez de vous soumettre à l'examen médical d'un *médecin* de notre choix;
- la date à laquelle vous négligez de fournir une preuve satisfaisante d'invalidité totale continue;
- la date d'expiration de votre assurance, telle qu'indiquée sous la rubrique : Quand l'assurance prend-elle fin?; ou
- la date à laquelle le total cumulatif de toutes les prestations d'invalidité mensuelles que nous vous avons versées en raison de votre invalidité totale équivaut :
 - a) au *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* à la date de votre invalidité totale; ou
 - b) à 110 pour cent du *solde impayé* mensuel moyen de votre *marge de crédit assurée* pendant la période de 12 mois précédant la date de votre invalidité totale.

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 marge de crédit

Refinancer signifie que vous et le *titulaire du contrat* collectif vous entendez pour *refinancer*, remplacer, renouveler, prolonger ou autrement modifier votre *marge de crédit assurée*.

Si vous refinancez votre *marge de crédit*, vous aurez la possibilité de refaire une demande d'assurance pour le nouveau montant de *marge de crédit*, ou de maintenir votre protection d'assurance existante.

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

Si vous demandez une protection d'assurance pour le nouveau montant de *marge de crédit*, et que nous vous l'accordons, nous vous émettons un nouveau guide de produit et certificat d'assurance où toutes les conditions de votre certificat d'assurance précédent sont remplacées.

Si vous demandez une protection d'assurance pour un montant supérieur au montant d'assurance maximal garanti, et que nous vous l'accordons, toutes les exclusions, restrictions et limitations de votre nouvelle protection d'assurance s'appliquent à compter de la *date d'effet de l'assurance* de votre nouveau montant de protection assurée.

En cas de refinancement, si vous choisissez de ne pas refaire une demande d'assurance pour le nouveau montant de marge de crédit, votre protection demeure en vigueur jusqu'à la date où nous recevons par écrit une demande d'annulation de votre part ou, lorsque la protection d'assurance est offerte à plus d'une personne, la date où nous recevons par écrit une demande d'annulation de la part de tous les assurés.

Reconnaissance de l'assurance antérieure - protection pour proposant unique seulement

Au moment de demander une autorisation d'augmentation de *marge de crédit*, si votre nouvelle demande d'assurance est refusée, nous pouvons reconnaître l'assurance qui était en vigueur immédiatement avant l'autorisation d'augmentation de *marge de crédit*, sous réserve des limitations et conditions du certificat précédent. La reconnaissance de l'assurance antérieure n'est disponible que si une seule personne a présenté une demande d'assurance *marge de crédit* lors du refinancement.

La reconnaissance de l'assurance antérieure ne s'applique que lorsque nous recevons acceptation par écrit de votre part à l'effet que vous acceptez notre offre de maintenir la protection d'assurance existante en vigueur.

Si vous n'acceptez pas notre offre de maintien en vigueur de la protection d'assurance existante, nous établissons une protection selon le montant d'assurance maximal garanti, dont les taux pourraient cependant différer.

Le montant de prestation est calculé selon le montant de protection établi à la suite de l'offre de reconnaissance de l'assurance antérieure.

Exemple de reconnaissance de l'assurance antérieure – (protection pour proposant unique seulement)

Vous possédez une *marge de crédit* de 100 000 \$. La limite autorisée de votre *marge de crédit* est augmentée à 150 000 \$ et vous décidez de demander des assurances vie, maladie grave et invalidité.

Type de protection	Établissement des assurances vie, maladie grave et invalidité
Montant de marge de crédit initial	100 000 \$
Augmentation à 150 000 \$ de la limite autorisée de la marge de crédit par le titulaire du contrat collectif	Traitement de la demande d'assurance
Demande d'assurance refusée pour l'augmentation de limite de la marge de crédit (150 000 \$)	Offre de maintenir en vigueur le montant d'assurance existant. Toutes les conditions de l'assurance antérieure s'appliquent.
Offre acceptée	Protection = 100 000 \$
Offre refusée	Protection = Montant d'assurance maximal garanti (taux de prime sujet à changement)

Refinancement de votre marge de crédit lors d'une invalidité

Si au moment de *refinancer* votre *marge de crédit* vous touchez des prestations d'invalidité, vous pouvez faire une demande d'assurance pour le nouveau montant de votre *marge de crédit*.

Si votre demande d'assurance invalidité à l'égard de la nouvelle *marge de crédit* est refusée, tant que vous êtes totalement invalide, nous continuons de verser des prestations d'invalidité équivalant à la garantie prévue par votre certificat d'assurance précédent, et la protection d'assurance invalidité demeure en vigueur. Toutefois, votre prestation d'assurance invalidité ne pourra dépasser :

- trois pour cent du nouveau montant de protection d'assurance invalidité; ou
- la prestation mensuelle maximale *payable*.

Les prestations versées au titre d'un certificat antérieur prennent fin si vous transférez votre *marge de crédit* 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 : En cas de sinistre, veuillez communiquer avec nous dès que possible. Vous devez nous fournir une déclaration et preuve de sinistre dans les délais prévus par le présent guide de produit. Autrement, nous pourrions refuser votre demande de règlement et ne verser aucune prestation d'assurance.

Le processus de demande de règlement diffère selon le type de sinistre décrit dans la section Preuve de sinistre ci-dessous. Vous pouvez également obtenir de l'information sur la façon de présenter une demande de règlement en visitant la page web suivante : www.cumis.com, ou en communiquant avec nous pour obtenir de l'aide.

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

Ligne 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 règlement d'assurance vie

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie, votre plus proche parent ou votre représentant successoral doit contacter le *titulaire du contrat collectif*. Celui-ci a accès aux formulaires de déclaration requis; il aide à remplir ces formulaires et connaît les renseignements que nous exigeons concernant votre *marge de crédit*. Une fois ces documents remplis, le *titulaire du contrat collectif* nous les soumet pour que nous puissions entreprendre le traitement de la demande.

Nous coordonnons l'obtention de l'information dont nous avons besoin avec le *titulaire du contrat collectif* ou, lorsque nécessaire, avec votre représentant successoral. Une fois que notre décision est prise, nous en avisons le *titulaire du contrat collectif* qui communique avec votre représentant successoral. Ce dernier peut en tout temps communiquer avec nous ou avec le *titulaire du contrat collectif* pour connaître l'état de la demande de règlement.

REMARQUE : Votre représentant successoral doit nous soumettre une déclaration et preuve de sinistre à l'intérieur d'un délai d'un an à compter de la date de votre décès. Cela comprend une preuve de votre décès et tous les documents à l'appui que nous pouvons exiger.

Demande de règlement en vertu de la prestation du vivant ou des assurances maladie grave ou invalidité

Veillez contacter notre Centre des règlements pour faire une demande de prestations du vivant, de maladies graves ou d'invalidité. Lorsque vous effectuez votre appel initial, nous commençons par vous poser des questions afin de vous identifier et de localiser votre *marge de crédit*. L'information dont nous avons besoin pour établir votre droit à l'assurance peut différer selon chaque type de sinistre.

Après avoir soumis votre demande de règlement, nous vous aviserons 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 votre (vos) *médecin(s)*, employeur ou de toute autre source que nous jugeons acceptable.

Veillez noter que vous demeurez légalement responsable de rembourser votre *marge de crédit* et acquitter vos primes d'assurance au *titulaire du contrat collectif* tout au long du processus de règlement du sinistre. Nous vous aviserons, ainsi que le *titulaire du contrat collectif*, de l'acceptation ou du refus de votre demande de règlement. Si nous l'acceptons, nous verserons les prestations décrites dans ce guide de produit. En cas de refus de votre demande, nous vous en expliquerons les raisons.

*REMARQUE : Vous devez nous fournir un avis écrit **dans les 30 jours** suivant la date à laquelle le sinistre survient pour la première fois (soit la date à laquelle vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale, de maladie grave ou êtes devenu totalement invalide pour la première fois). Vous devez également produire une preuve de sinistre, dans un format que nous jugeons acceptable, **dans les 90 jours** suivant la date à laquelle le sinistre survient pour la première fois. Si nous ne recevons pas de déclaration de sinistre à l'intérieur de ce délai, vous devez fournir une explication par écrit de la raison de ce retard dans l'année suivant la date du sinistre, conformément à la législation provinciale en matière d'assurance.*

Autres renseignements importants sur les demandes de prestations

Recours en cas de refus de votre demande

Si nous refusons votre demande de règlement et que vous n'êtes pas en accord avec notre décision, vous pouvez nous envoyer une demande officielle par écrit afin de faire appel de notre décision, expliquant les raisons de votre désaccord et nous fournissant des documents justificatifs. Une fois reçue, nous examinerons votre demande et vous informerons de notre décision finale.

Si vous n'êtes pas satisfait de notre décision finale, nous vous fournirons de l'information sur les mesures à prendre pour que vos revendications soient étudiées plus avant. Vous pouvez également communiquer avec notre Bureau de l'ombudsman.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective (à prime mensuelle) – marge de crédit

Adresse : Bureau de l'ombudsman
Groupe Co-operators limitée
130 Macdonell Street
Guelph, ON N1H 6P8

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.

Sinistres concomitants

Assurances vie, maladie grave et prestation du vivant

Lorsque plus d'un assuré décède ou reçoit un *diagnostic* de maladie grave ou de maladie en phase terminale à la même date, une seule garantie est payable selon le premier assuré à présenter une demande de règlement; l'assurance au titre du présent guide de produit est alors résiliée. Le pourcentage de prestation versé se limitera au pourcentage de protection calculé pour cette garantie. En aucun cas ne rembourserons-nous plus que le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* et la garantie payable ne pourra non plus dépasser l'assurance maximale offerte.

Invalidité

Lorsque plus d'un assuré présente une demande de règlement pour invalidité totale au même moment, au titre de la même *marge de crédit*, une seule garantie à la fois est payable, quel que soit le nombre de personnes assurées au titre de la *marge de crédit*. La prestation payée se limite à la période de prestation maximale par sinistre et à la prestation mensuelle maximale payable.

Droits d'examen

Nous pourrions vous demander de subir un examen de la part d'un *médecin* de notre choix. Nous assumerons le coût de cet examen. Si vous refusez de subir cet examen, nous ne vous verserons aucune prestation.

Autres renseignements sur votre assurance

À propos de votre prime d'assurance

La **prime** correspond à la *prime* totale exigible pour toutes les protections d'assurance que vous avez souscrites et que nous vous avons consenties. La *prime* correspond au coût de votre assurance.

Votre *prime* d'assurance mensuelle est calculée selon votre âge atteint à la fin de chaque période de facturation et le solde assuré de votre *marge de crédit* du mois précédent, tel que calculé par le *titulaire du contrat collectif*. Ce qui signifie que les taux de votre *prime* mensuelle augmenteront au fil des ans selon les tranches d'âge prédéterminées, lesquelles sont généralement de cinq ans – par exemple : de 26 à 30 ans, de 30 à 35 ans, de 36 à 40 ans, etc. Votre *prime* d'assurance est calculée pour chaque type d'assurance que vous avez demandé et que nous avons accepté. Pour plus d'information au sujet des primes mensuelles et des taux selon les tranches d'âge, veuillez consulter le *titulaire du contrat collectif*.

Si la limite de votre *marge de crédit* autorisée est supérieure au montant d'assurance que nous vous avons consenti, votre *prime* mensuelle sera calculée selon le montant consenti.

Versements de prime

Chaque mois, votre *prime* d'assurance, tout comme les taxes applicables, est payable à Co-operators Vie et est prélevée dans le compte que vous avez indiqué, tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

Si le solde assuré moyen de votre *marge de crédit* est à zéro au cours d'un mois donné, aucune *prime* ne sera prélevée.

Versements de prime manqués et délai de grâce

Pour que votre assurance demeure en vigueur, votre *prime* doit être acquittée à son échéance.

Délai de grâce

Si votre *prime* est impayée à la date d'échéance de la *prime* et au-delà de cette date, votre assurance demeure en vigueur pendant un *délai de grâce* de 75 jours. Après ce temps, votre assurance tombe en déchéance (prend fin automatiquement) et vous n'avez plus de protection d'assurance en vertu du présent guide de produit. Le *délai de grâce* ne s'applique pas si le contrat est résilié par nous ou par le *titulaire du contrat collectif*.

Sinistre survenant au cours du délai de grâce

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

Rabais pour assurés multiples

Un rabais de *prime* s'applique lorsque plus d'un *assuré*, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*, a obtenu une protection pour le même type d'assurance à l'égard de la *marge de crédit*.

La prime est calculée pour chaque *assuré* et additionnée. Le rabais s'applique sur la *prime* totale et est ajusté selon le nombre d'assurés détenant le même type de garantie.

Modification du taux de prime

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

Annulation du certificat ou 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 règlement valide présentée avant cette date.

Monnaie

Tous les montants payables que nous versons ou qui nous sont versés sont en devise canadienne.

Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risqué

Il y a déclaration inexacte lorsque vous ne répondez pas correctement et entièrement aux questions médicales, sur le tabagisme ou autres questions obligatoires (c'est-à-dire, si vous communiquez de l'information ou si vous donnez des renseignements inexactes lors de votre adhésion à l'assurance ou d'une demande de règlement) et que nous vous offrons une protection d'assurance que nous ne vous aurions pas consentie si vous aviez répondu correctement et entièrement aux questions.

Si vous faites une fausse déclaration relative à des renseignements importants pour votre assurance, votre assurance sera considérée nulle et non avenue comme si elle n'avait jamais été en vigueur. En cas de déclaration inexacte, nous refuserons de vous fournir une protection d'assurance, rejetterons toute demande de règlement en souffrance et, sauf en cas de fraude, vous rembourserons votre *prime*, moins nos frais administratifs d'usage.

Erreur sur l'âge

Si vous avez fait une erreur sur votre âge dans votre *demande d'adhésion*, et que en raison de votre âge véritable vous n'auriez pas été admissible à l'assurance crédit collective à *prime* mensuelle, la responsabilité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie se limite au remboursement de la prime payée, et votre assurance sera nulle et sans effet (comme si elle n'avait jamais existé).

Si vous étiez admissible à l'assurance sur la base de votre âge véritable, nous effectuerons tout ajustement nécessaire aux prestations d'assurance, à la *prime* ou à la durée de l'assurance afin de maintenir votre protection en vigueur.

Déclaration inexacte sur le tabagisme

Si dans votre *fiche d'adhésion*, vous avez fait une fausse déclaration concernant votre tabagisme ou vos habitudes de fumeur, nous considérons cela comme une déclaration inexacte et votre assurance est considérée nulle et non avenue (c'.-à-d., traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur). Dans un tel cas, nous refusons votre demande de règlement et, sauf en cas de fraude, nous remboursons votre *prime*, moins nos frais de gestion applicables.

Contestabilité de l'assurance

Période de contestabilité

Si vous présentez une demande de règlement au cours des deux premières années d'assurance, nous vérifierons l'information fournie dans votre *fiche d'adhésion* afin d'en confirmer l'exactitude et l'intégralité. Nous déterminerons si oui ou non il y a eu présentation erronée des faits.

Sauf si vous indiquez des renseignements erronés concernant l'âge et le tabagisme, ou si vous avez fait une déclaration inexacte dans votre *fiche d'adhésion*, une fois que votre assurance sera demeurée en vigueur pendant deux ans, nous ne vérifierons généralement votre information qu'en cas d'indice de fraude. Cette période de deux ans, parfois appelée période de contestabilité, est un concept établi par la législation provinciale en matière d'assurance.

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, veuillez garder à l'esprit toute disposition de la *marge de crédit* vous obligeant à souscrire une assurance pour le bénéfice du *titulaire du contrat collectif*.

Pour annuler votre assurance, veuillez contacter le représentant du *titulaire du contrat collectif* dont le nom figure dans votre *fiche d'adhésion*.

Si vous annulez votre assurance dans les 30 jours suivant la date d'effet de l'assurance, à condition de ne pas avoir présenté de demande de règlement, vous recevrez le remboursement complet de toute *prime* que vous avez payée, et votre protection d'assurance sera réputée n'avoir jamais été en vigueur.

Conformément au présent guide de produit, vous pouvez également annuler cette assurance à tout moment après la période d'examen de 30 jours, sans remboursement de *prime*, sauf si la loi l'exige.

Définitions

Dans le présent guide de produit, certains termes et expressions possèdent une signification bien précise. Ces termes sont expliqués dans cette section et à d'autres endroits dans tout le document.

Accident s'entend d'un incident violent et de source externe qui se produit soudainement, de façon involontaire et imprévisible, et qui cause des lésions corporelles directement et indépendamment de toute autre cause. Un accident n'est ni une maladie ni une affection ni un état de santé naturel, quel qu'il soit.

Activement au travail signifie que vous exerçiez un *emploi* contre rémunération ou profit et étiez capable de remplir l'essentiel des principales fonctions liées à cet *emploi* au moins 20 heures par semaine durant chacune des deux semaines consécutives précédant immédiatement la *date d'effet de l'assurance* ou la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*, ou sinon, à tout moment après la *date d'effet de l'assurance* ou la *date de la demande d'assurance* et avant la date de l'invalidité totale.

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

Assuré s'entend d'une personne, vous compris, qui remplit tous les critères d'admissibilité et souscrit un ou plusieurs types d'assurance en vertu du *contrat collectif*.

Chèques en circulation s'entend de tous les chèques que vous avez rédigés ou de tous les débits que vous avez autorisés sur votre *marge de crédit* avant la date de votre décès, invalidité totale, *diagnostic* de maladie grave ou de maladie en phase terminale, et qui sont traités dans les 15 jours suivant cette date, jusqu'à concurrence d'un total cumulatif de 5 000 \$.

Conseils ou soins médicaux signifie une consultation auprès de tout *médecin détenant un permis d'exercice* ou de tout *professionnel de la santé agréé*. Cela comprend notamment les soins médicaux ou paramédicaux, les examens exploratoires, l'usage de comprimés ou de tout médicament d'ordonnance, ou les injections reçues pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une demande de prestations.

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

Date d'effet de l'assurance s'entend de la *date d'effet de l'assurance* ou de la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*, ou, la date à laquelle nous vous avons avisé par écrit de l'établissement de votre protection d'assurance, selon la plus tardive de ces dates.

Date de la demande d'assurance correspond à la date à laquelle vous avez présenté une demande pour chaque type d'assurance, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*, si la *limite autorisée de la marge de crédit* est plus élevée que le montant d'assurance maximal garanti.

Date du diagnostic s'entend de la date à laquelle un *diagnostic* final est posé une fois les tests complétés et, en présence d'un cancer, la date de sa confirmation au moyen de biopsies, afin de déterminer la présence et l'étendue d'une maladie ou affection donnée.

Délai de carence signifie la période d'attente calculée en nombre de jours consécutifs à partir de la date de votre invalidité totale; il peut être **non rétroactif** ou **rétroactif**. Nous commençons à verser des prestations à l'expiration du délai de carence.

- a) Délai de carence **non rétroactif** signifie que nous **ne versons pas** de prestations rétroactivement au début de votre invalidité totale.
- b) Délai de carence **rétroactif** signifie que nous versons des prestations rétroactivement à compter du début de votre invalidité totale.

Délai de grâce s'entend du laps de temps au cours duquel votre *prime* est payée à la date d'échéance de la *prime* et au-delà de cette date.

Diagnostic et diagnostiqué signifie un diagnostic définitif lié à un problème de santé, émis par écrit par un *médecin détenant un permis* d'exercice et habilité à poser ce genre de diagnostic.

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 s'entend d'une entreprise individuelle, d'un partenariat, d'une corporation ou de toute autre entité exploitant une entreprise ou une ferme ayant contracté une dette envers le *titulaire du contrat collectif* sous forme de *marge de crédit*.

Fiche d'adhésion s'entend du formulaire que vous remplissez et signez pour souscrire un ou plusieurs types d'assurance en vertu du *contrat collectif*.

Intérêts courus s'entend des intérêts sur le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* à compter de la date de votre dernier versement, tel que déterminé par le *titulaire du contrat collectif*, jusqu'à la date de votre décès ou la date à laquelle vous recevez un *diagnostic* de maladie grave ou de maladie en phase terminale, selon le montant de la prestation d'assurance payable; ces intérêts ne doivent pas courir plus de 180 jours.

Intérêts sur le montant du règlement s'entend des intérêts sur le *solde impayé* de votre *marge de crédit assurée* 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 où vous recevez un *diagnostic* de maladie grave ou de maladie en phase terminale, selon le montant de prestation d'assurance payable; ces intérêts ne doivent pas courir plus de 90 jours.

Limite autorisée de la marge de crédit s'entend du maximum de fonds que vous pouvez emprunter sur votre *marge de crédit*, tel qu'autorisé et approuvé par le *titulaire du contrat collectif*, le jour où vous faites une demande d'assurance.

Marge de crédit s'entend de la marge de crédit que le *titulaire du contrat collectif* vous a consentie, à compter de la *date d'effet de l'assurance* ou de la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*, et qui vous permet d'emprunter des fonds jusqu'à concurrence de la limite autorisée de votre marge de crédit, d'effectuer des remboursements de tout montant en tout temps et d'obtenir un nombre indéfini de nouvelles avances, pour autant que vous ne dépassiez pas la limite autorisée de votre marge de crédit.

Marge de crédit assurée s'entend du montant de *marge de crédit* pour lequel nous vous avons consenti une protection d'assurance et pour lequel vous versez la prime mensuelle. Le montant de la protection d'assurance de votre *marge de crédit* peut être inférieur à la limite autorisée de votre *marge de crédit*.

Médecin détenant un permis d'exercice ou **médecin** s'entend de la 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.

Prime s'entend de la prime totale exigible à l'égard de toutes les protections que vous avez souscrites et que nous vous avons consenties. La prime correspond au coût de votre assurance.

Professionnel de la santé s'entend d'une personne qui est légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, tels que définis par la Loi canadienne sur la santé.

Profession principale s'entend de l'emploi duquel vous tiriez au moins 75 pour cent de votre rémunération brute pendant les 12 mois précédant immédiatement la date de votre invalidité totale.

Refinancer signifie que *le titulaire du contrat collectif* et vous consentez à refinancer, remplacer, renouveler, prolonger ou autrement modifier votre *marge de crédit*.

Soins médicaux appropriés signifie que vous êtes sous traitement médical. Cela comprend notamment le fait de prendre des comprimés ou tout médicament d'ordonnance, de recevoir des injections pour un quelconque problème de santé, et de subir des examens exploratoires en raison de l'affection, de la maladie ou de la blessure corporelle ayant motivé votre demande de règlement. Selon notre évaluation, le traitement doit être suffisamment efficace pour vous permettre de rétablir et de restaurer rapidement votre capacité fonctionnelle, notamment en participant à un programme d'ergothérapie, à une physiothérapie ou à un programme de modification du comportement douloureux ou en recevant des services de consultation psychologique ou psychiatrique.

Solde impayé s'entend du solde en souffrance de votre *marge de crédit*, tel que calculé par *le titulaire du contrat collectif*, et suivant lequel la *prime* mensuelle exigible est calculée.

Spécialiste s'entend d'un *médecin détenant un permis d'exercice* ayant été formé dans le domaine particulier de la médecine se rapportant à la maladie grave assurée pour laquelle une demande de règlement est présentée et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou l'indisponibilité d'un spécialiste, sur approbation de l'assureur, un *médecin détenant un permis d'exercice* compétent et pratiquant au Canada peut diagnostiquer un problème de santé.

Suicide signifie 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 s'entend du titulaire du contrat collectif dont le nom figure dans votre *fiche d'adhésion*.

Travailleur autonome s'entend de 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 s'entend de la personne dont l'emploi dépend uniquement et directement de certaines périodes identifiables et prévisibles chaque année civile au cours desquelles il n'y a pas de travail en raison de changements saisonniers dans la température ou autres facteurs naturels, non économiques, limitant la période 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.