

Protection pour votre prêt hypothécaire

Assurance hypothécaire crédit collective
(*Vie, invalidité, maladie grave et perte d'emploi*)

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 hypothécaire crédit collective

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 un emprunt ou un *prêt hypothécaire* 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 le *prêt hypothécaire* 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 prêt hypothécaire

Pour toute question concernant votre *prêt hypothécaire*, 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 hypothécaire collective	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
Assurance vie	9
Adhésion à l'assurance	9
Qu'est-ce qu'une prestation du capital-décès ?	9
Qu'est-ce qu'une prestation du vivant ?	10
EXCLUSIONS : Situations où la prestation du capital-décès n'est pas versée	10
Assurance maladies graves	11
Adhésion à l'assurance	11
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance maladies graves ?	11
Qu'est-ce qu'une maladie grave ?	12
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée ...	14
Assurance invalidité	15
Adhésion à l'assurance	15
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance invalidité ?	16
Qu'est-ce qu'une invalidité ?	16
Début du versement des prestations d'invalidité	18
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'invalidité n'est pas versée	19
Fin des prestations invalidité	19
Assurance perte d'emploi	20
Adhésion à l'assurance	20
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance perte d'emploi ?	20
Qu'est-ce qu'une perte d'emploi ?	21
Début du versement des prestations pour perte d'emploi	21
EXCLUSIONS : Situations où la prestation pour perte d'emploi n'est pas versée	22
Fin des prestations pour perte d'emploi	23
Refinancement de votre prêt hypothécaire	24
Que se passe-t-il en cas de refinancement	24
Refinancement de votre prêt hypothécaire lors d'une invalidité	25
Présentation d'une demande de prestations	25
Déclaration de sinistre – délais importants	25
Preuve de sinistre	26
Autres renseignements importants sur les demandes de prestations	27
Délais importants pour intenter une poursuite en justice	28
Autres renseignements sur votre assurance	28
À propos de votre prime d'assurance	28
Annulation du certificat ou contrat	30
Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risqué	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 documents que vous nous avez soumis (le cas échéant) sous réserve de certaines limitations d'accès.

L'importance de l'assurance hypothécaire collective

L'assurance hypothécaire collective 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 *prêt hypothécaire* si vous décédez.
- **Assurance maladie grave :** Rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *prêt hypothécaire* si vous recevez un *diagnostic* de maladie grave assurée.
- **Assurance invalidité :** Garantit vos paiements hypothécaires assurés si vous devenez totalement invalide.
- **Assurance perte d'emploi :** Garantit vos paiements hypothécaires assurés si vous perdez involontairement votre *emploi*.

Versement des prestations d'assurance

Si elles sont payables, les prestations d'assurance sont versées au *titulaire du contrat collectif*. En tant que créancier de votre *prêt hypothécaire assuré*, le *titulaire du contrat collectif* affectera les prestations au règlement du *solde impayé* de votre *prêt hypothécaire assuré*, 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, maladie grave, invalidité et perte d'emploi pour votre *prêt hypothécaire* si, 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 *prêt hypothécaire* au *titulaire du contrat collectif*, soit en tant qu'emprunteur, coemprunteur, cosignataire, garant ou endosseur;
- vous avez l'obligation légale de rembourser votre *prêt hypothécaire* 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* hypothécaire collective correspond à la plus tardive des dates suivantes :

- 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 hypothécaire collective.

Vous recevrez une confirmation de votre protection d'assurance.

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.

L'**assurance transitoire** s'entend de l'intervalle entre la *date de la demande d'assurance* et celle du déboursement des fonds hypothécaires. Cela signifie que l'assurance hypothécaire collective sera fournie avant que le *titulaire du contrat collectif* ne débourse les fonds hypothécaires, selon les conditions suivantes :

- le *titulaire du contrat collectif* doit avoir approuvé le *prêt hypothécaire*;
- CUMIS doit avoir établi la protection d'assurance; et
- la *prime* doit être acquittée en entier à la date d'échéance.

L'assurance transitoire couvre uniquement les 12 mois consécutifs suivant immédiatement la date de la demande d'assurance.

Si une demande de règlement vie ou maladie grave devait être présentée et approuvée durant la période transitoire, le *solde impayé* du *prêt hypothécaire* serait versé au *titulaire du contrat collectif*, sous réserve des limitations et exclusions décrites dans le présent guide de produit.

Si une demande de règlement pour invalidité totale ou perte d'emploi devait être présentée et approuvée durant la période transitoire, le montant de la prestation mensuelle assurée serait versé au *titulaire du contrat collectif* et appliqué à votre *prêt hypothécaire*.

Fin de l'assurance

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

- à l'expiration de la durée maximale de l'assurance, telle qu'indiquée dans votre *fiche d'adhésion*;
- à l'expiration de la période d'amortissement de votre *prêt hypothécaire assuré*, telle qu'indiquée dans votre *fiche d'adhésion*;
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation de l'assurance indiqué dans votre *fiche d'adhésion*;
- la fin de l'assurance, telle qu'indiquée dans votre *fiche d'adhésion*;

- e) 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;
- f) la date à laquelle votre *prêt hypothécaire assuré* est remboursé en entier, refinancé et remplacé par une nouvelle demande d'assurance, fait l'objet d'une quittance ou est assumé par un tiers;
- g) la date à laquelle on vous libère, par effet de la loi, de votre obligation légale de rembourser votre *prêt hypothécaire assuré* (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- h) la date à laquelle vous transférez ou cédez votre *prêt hypothécaire assuré* à un créancier autre que le *titulaire du contrat collectif*;
- i) la date à laquelle votre *prime* d'assurance est échue depuis plus de 75 jours;
- j) la date à laquelle vous omettez d'effectuer plus de six paiements consécutifs de votre *prêt hypothécaire assuré*;
- k) la date à laquelle nous versons un capital-décès, une prestation du vivant ou une prestation pour maladie grave en vertu du présent guide de produit;
- l) la date de résiliation du *contrat collectif*, conformément aux dispositions prévues au contrat; et
- m) la date de votre décès.

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 et de l'assurance perte d'emploi, il y a également des limites quant à la durée du versement des prestations. Le montant d'assurance de votre *prêt hypothécaire* peut être inférieur au *montant du prêt hypothécaire approuvé*.

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

Prestation cumulative maximale payable signifie au montant maximal total des prestations d'assurance invalidité et d'assurance perte d'emploi que nous payons sur tout *prêt hypothécaire*, 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 ou pour perte d'emploi 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 tout *prêt hypothécaire*, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

Prestation mensuelle maximale payable signifie le montant maximal mensuel de protection d'assurance invalidité et d'assurance perte d'emploi que nous payons sur tout *prêt hypothécaire*, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

Durée maximale de l'assurance signifie la période maximale pendant laquelle nous assurons un *prêt hypothécaire*, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

Votre *prêt hypothécaire* ne sera pas assuré pour toute la durée de votre période d'amortissement si :

- la période d'amortissement de votre *prêt hypothécaire* se prolonge au-delà de l'âge de cessation de l'assurance indiqué dans votre *fiche d'adhésion*; ou si
- le déboursement des fonds hypothécaires s'effectue après la date d'effet de l'assurance.

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

Prestation d'assurance réduite

Si lors de votre demande d'assurance, le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous avons établi est inférieur au montant de votre prêt approuvé ou de vos paiements hypothécaires, un *pourcentage de protection* est alors calculé. La *prime* d'assurance est fixée selon le montant de protection d'assurance, et les prestations versées advenant un sinistre seront calculées au prorata.

Exemple d'un calcul au prorata de l'assurance

Un *prêt hypothécaire* de 500 000 \$ vous a été consenti en contrepartie de paiements mensuels de 1 600 \$. Vous avez opté pour une protection d'assurance vie et d'assurance maladie grave de 250 000 \$ et une protection d'assurance invalidité et d'assurance perte d'emploi de 1 200 \$.

Type de protection	Assurance vie / Assurance maladie grave	Assurance invalidité / Assurance perte d'emploi
Montant initial du prêt Versement mensuel :	500 000 \$	1 600 \$
Montant de protection assuré (tel que choisi au point de vente) : (la prime est calculée selon ce montant)	250 000 \$ (ou 50 % du prêt)	1 200 \$ (ou 75 % du paiement sur prêt)
Solde impayé au moment du décès :	300 000 \$	S.O.
Prestations payables au moment du sinistre :	150 000 \$ (300 000 \$ x 50 %)	1 200 \$ (1 600 \$ x 75 %)

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*. 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.

Lorsque nous ne pouvons accepter votre demande telle que présentée dans le cadre de l'adhésion à l'assurance, il arrive que nous puissions vous offrir une protection d'assurance moyennant une surprime, selon tout ou partie du montant d'assurance que vous avez souscrit.

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 et réglerons toute *pénalité pour remboursement anticipé du prêt hypothécaire*, tel que calculé par le *titulaire du contrat collectif*.

Le capital-décès versé correspondra au moindre de ces montants :

- le *solde impayé* de votre *prêt hypothécaire* à la date de votre décès multiplié par le *pourcentage de protection* calculé; ou
- le *solde impayé* calculé selon le calendrier initial des paiements et la période d'amortissement de votre *prêt hypothécaire*.

Nous réglerons aussi les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt hypothécaire* assuré ainsi que 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 au montant de votre prêt hypothécaire, le capital-décès sera réduit proportionnellement, tel que décrit dans l'exemple de calcul au prorata de l'assurance.

L'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, plus toute *pénalité pour remboursement anticipé du prêt hypothécaire*, équivalant au moins élevé des montants suivants calculés par le *titulaire du contrat collectif* :

- le *solde impayé* de votre *prêt hypothécaire* à la date de votre *diagnostic* de maladie en phase terminale multiplié par le *pourcentage de protection* calculé; ou
- le *solde impayé* calculé selon le calendrier initial des paiements et la période d'amortissement de votre *prêt hypothécaire*.

Nous réglerons aussi les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt hypothécaire assuré* ainsi que 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 au montant de votre prêt hypothécaire, votre montant de prestation du vivant sera réduit proportionnellement, tel que décrit dans l'exemple de calcul au prorata de l'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.

Assurance maladies graves

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez souscrire une assurance maladie grave pour votre *prêt hypothécaire* si, à compter de la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion* :

- vous avez également souscrit une assurance vie pour votre prêt hypothécaire; et
- vous n'avez pas présenté de demande de règlement d'assurance maladie grave en vertu d'une assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance 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*. 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, 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 verserons une prestation d'assurance à compter de la date de votre *diagnostic* et réglerons toute *pénalité pour remboursement anticipé du prêt hypothécaire*, tel que calculé par le *titulaire du contrat collectif*. Votre *diagnostic* de maladie grave doit être confirmé par résultats appropriés.

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.

Le montant de prestation d'assurance maladie grave payable correspondra au moindre des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *prêt hypothécaire* à la *date du diagnostic* multiplié par le *pourcentage de protection* calculé; ou

- le *solde impayé* calculé selon le calendrier initial des paiements et la période d'amortissement de votre *prêt hypothécaire*.

Nous réglerons aussi les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt hypothécaire assuré* ainsi que les *intérêts sur le montant du règlement*.

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

- le montant 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 au montant de votre prêt hypothécaire, le montant de votre prestation d'assurance maladie grave sera réduit proportionnellement, tel que décrit dans l'exemple de calcul au prorata de l'assurance.

L'assurance maladie grave est assujettie aux restrictions et exclusions décrites dans ce 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 TSGL 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.

Assurance invalidité

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez souscrire une assurance invalidité pourvu qu'à la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*, vous ayez également souscrit une assurance vie.

Lorsque vous faites une demande d'assurance invalidité, vous devez répondre aux questions médicales qui se trouvent dans la *fiche d'adhésion*. 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 information, 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, si vous devenez totalement invalide et que votre demande de règlement pour invalidité totale est approuvée, nous vous verserons le montant de vos prestations d'invalidité assurées, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*, à hauteur de votre paiement hypothécaire mensuel actuel.

La prestation d'invalidité mensuelle payable ne peut être supérieure à la « *prestation mensuelle maximale payable* » indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

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

- le montant d'assurance que vous avez demandé;
- la « *prestation cumulative maximale payable* » indiquée dans votre *demande d'adhésion*; ou
- la « *prestation mensuelle maximale payable* » indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre vos paiements hypothécaires et les prestations d'invalidité.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous vous avons consenti est inférieur au montant de votre prêt hypothécaire, votre montant de prestation d'assurance invalidité sera réduit proportionnellement, tel que décrit dans l'exemple de calcul au prorata de l'assurance.

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*.

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.

Totalement invalide et invalidité totale

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

- a) vous êtes incapable d'accomplir l'essentiel des principales fonctions de votre *profession principale*; 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 continant. 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.

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

Invalidité 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 *délai 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 maximale de prestations par sinistre, tel qu'indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

Invalidité 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 *délai de carence* expiré.

Votre prestation d'assurance invalidité mensuelle est indiquée dans votre *fiche d'adhésion*. 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 une tentative de vous enlever la vie, étant sain d'esprit ou non;
- 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;
- est en lien avec une intervention chirurgicale non urgente;
- si vous recevez des prestations pour perte d'emploi de Co-operators Vie; ou
- l'omission, de votre part ou de la part de votre représentant successoral, de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans le présent guide de produit.

Fin des prestations 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 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
- pour une quelconque raison, votre assurance vie prend fin.

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

Assurance perte d'emploi

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez souscrire une assurance perte d'emploi si, à compter de la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion :

- vous avez également souscrit l'assurance vie;
- vous occupez un emploi et exercez votre profession principale sans interruption au moins 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs; et
- vous n'avez pas reçu personnellement un avis officiel ou un avis non officiel de la perte imminente de votre emploi.

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

Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance perte d'emploi ?

Si vous présentez une demande de règlement d'assurance perte d'emploi et que vous respectez les conditions du présent guide de produit, que votre perte d'emploi est involontaire et que votre demande de règlement est approuvée, nous verserons le montant de prestation pour perte d'emploi assuré, tel qu'indiqué dans votre fiche d'adhésion, à hauteur de votre paiement hypothécaire mensuel habituel.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre vos paiements hypothécaires et les prestations d'assurance perte d'emploi.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous vous avons consenti est inférieur au montant de votre prêt hypothécaire, votre montant de prestation d'assurance perte d'emploi sera réduit proportionnellement, tel que décrit dans l'exemple de calcul au prorata de l'assurance.

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

Qu'est-ce qu'une perte d'emploi ?

La perte d'emploi signifie que vous avez perdu votre *emploi* involontairement, votre employeur y ayant mis fin (sans motif valable) ou que votre *emploi* a été suspendu par suite d'une *mise à pied* (temporaire ou permanente), et qu'au titre de cet *emploi*, vous êtes admissible à des *prestations d'assurance emploi*.

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

- avoir occupé un emploi et exercé votre profession principale sans interruption au moins 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs avant la date de votre perte d'emploi involontaire;
- au moment de la perte involontaire de votre emploi, vous inscrire immédiatement auprès du ministère ou de l'organisme fédéral (et provincial, s'il y a lieu) pertinent, afin de demander des prestations d'assurance emploi et d'en recevoir, le cas échéant;
- nous fournir une preuve, que nous devons juger acceptable, de votre inscription à l'assurance emploi et du fait que vous touchez des prestations d'assurance emploi;
- être activement à la recherche d'un emploi; et
- demeurer sans emploi.

Termes propres à la perte d'emploi et signification

Délai de carence

Le *délai de carence* est calculé en nombre de jours consécutifs commençant à la plus tardive des dates suivantes :

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

Nous verserons des prestations d'assurance perte d'emploi si vous perdez involontairement votre *emploi* et demeurez sans *emploi* pendant tout le *délai de carence* indiqué dans votre *fiche d'adhésion*.

La perte involontaire de votre emploi signifie que votre *emploi* a cessé directement et uniquement pour les raisons suivantes :

- la cessation complète et définitive de votre emploi sans motif valable; ou
- une mise à pied par votre employeur.

Début du versement des prestations pour perte d'emploi

Une fois que nous avons accepté votre demande de règlement, nous débutons le versement des prestations à l'expiration du *délai de carence*.

La prestation mensuelle maximale payable en cas de perte d'emploi est indiquée dans votre *fiche d'adhésion*. Ce montant ne doit pas dépasser la prestation mensuelle maximale payable également indiquée dans votre *fiche d'adhésion*, et il est assujéti à la période maximale de prestations par sinistre indiquée dans votre *fiche d'adhésion*.

Vous devez effectuer vos versements d'hypothèque habituels durant le *décalé de carence* et pendant que votre demande de règlement est à l'étude.

Perte d'emploi involontaire récurrente

Si vous perdez à nouveau votre *emploi* involontairement dans les six mois suivant une période de perte d'emploi involontaire au cours de laquelle nous vous avons versé des prestations, nous considérons qu'il s'agit de la prolongation de votre période de perte d'emploi involontaire précédente. Dans un tel cas, le *décalé de carence* indiqué dans votre *fiche d'adhésion* ne s'applique pas.

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

EXCLUSIONS : Situations où la prestation pour perte d'emploi n'est pas versée

Nous ne versons pas de prestations d'assurance perte d'emploi dans les circonstances suivantes :

- la perte de votre emploi est causée par un conflit de travail, une grève ou un lock-out;
- la perte de votre emploi provient de votre démission, départ à la retraite ou abandon volontaire;
- la perte de votre emploi est causée par la malhonnêteté, la fraude, un conflit d'intérêt, le refus d'accomplir vos tâches, une inconduite volontaire ou un comportement criminel;
- vous vous retrouvez sans emploi parce que vous êtes un travailleur autonome, un travailleur saisonnier ou un représentant élu du gouvernement;
- la perte de votre emploi survient suite à l'expiration d'un contrat de travail particulier ou avant son expiration;
- la perte de votre emploi survient avant la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion;
- votre perte d'emploi 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;
- pour une quelconque raison, une prestation d'assurance emploi ne vous est pas versée;
- votre employeur met fin à votre emploi pour un motif valable;
- vous êtes en congé de maternité ou parental, ou en congé autorisé;
- si vous recevez des prestations d'invalidité de Co-operators Vie;
- Votre sinistre est directement, indirectement ou d'une quelconque façon en lien avec ce qui suit :
 - a) vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
 - b) 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*; ou

- c) 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.

Perte d'emploi dans un délai de 60 jours

Nous ne versons pas de prestations si votre perte d'emploi involontaire survient à l'intérieur d'un délai de 60 jours à compter de la date d'effet de l'assurance.

Dans un tel cas :

- vous pouvez faire annuler votre assurance perte d'emploi dans les 30 jours suivant la date de votre perte d'emploi involontaire et recevoir le plein remboursement de toutes les primes que vous avez acquittées; ou
- vous pouvez continuer d'acquitter votre prime et maintenir votre assurance perte d'emploi en vigueur en prévision de l'avenir. Cela signifie que vous aurez encore une fois le droit de présenter une demande de règlement en cas de perte d'emploi lorsque vous aurez à nouveau exercé un emploi d'au moins 20 heures par semaine, pendant 12 mois consécutifs.

Fin des prestations pour perte d'emploi

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

- la date de votre retour au travail;
- la date à laquelle vous devenez travailleur autonome;
- la date à laquelle le versement des prestations pour perte d'emploi atteint la fin de la période 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 pour perte d'emploi que nous vous avons versées dépasse la prestation cumulative maximale payable indiquée dans votre fiche d'adhésion;
- 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;
- votre compte de prêt hypothécaire est payé en entier;
- la date d'expiration de votre assurance, telle qu'indiquée sous la rubrique : Quand l'assurance prend-elle fin ?;
- la date à laquelle vous commencez à toucher des prestations d'invalidité pour votre prêt hypothécaire, conformément au présent guide de produit;
- la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante de réception continue des prestations d'assurance emploi ou une preuve satisfaisante à l'effet que vous êtes toujours au chômage; ou
- pour une raison quelconque, votre assurance vie prend fin.

Refinancement de votre prêt hypothécaire

Refinancer signifie que vous et le *titulaire du contrat collectif* vous entendez pour *refinancer*, remplacer, renouveler, prolonger ou autrement modifier votre *prêt hypothécaire assuré*.

Si vous refinancez votre *prêt hypothécaire*, vous aurez la possibilité de refaire une demande d'assurance pour le nouveau montant du *prêt hypothécaire*, 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 du *prêt hypothécaire*, 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.

Toutes les exclusions, restrictions et limitations de votre nouvelle protection d'assurance s'appliquent à compter de la date d'effet de votre nouveau montant de protection assuré.

Transferts : L'assurance demeure en vigueur lorsque le *prêt hypothécaire* transféré à une autre propriété, ou à un nouveau prêt pour la même propriété, demeure avec le *titulaire du contrat collectif*, **sauf si vous souscrivez une protection d'assurance supplémentaire et que nous vous l'accordons.**

En cas de refinancement, si vous choisissez de ne pas refaire une demande d'assurance pour le nouveau montant de prêt hypothécaire, 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

Au moment de *refinancer* un prêt, si votre nouvelle demande d'assurance est refusée, nous pouvons reconnaître l'assurance qui était en vigueur immédiatement avant le refinancement, mais aux conditions du certificat précédent.

Dans le cas de l'assurance vie et (ou) de l'assurance maladie grave, le montant de protection assuré correspondra au solde assuré du *prêt hypothécaire* avant la date du refinancement.

Pour ce qui est de l'assurance invalidité et (ou) de l'assurance perte d'emploi, le montant de protection assuré correspondra au paiement hypothécaire mensuel d'avant le refinancement. Cependant, le montant de prestation assuré ne pourra dépasser votre paiement hypothécaire mensuel actuel.

Dans le cas d'un *prêt hypothécaire* pour lequel une assurance vie et (ou) une assurance maladie grave conjointe a été établie, un seul membre participant peut bénéficier de la reconnaissance de l'assurance antérieure. Si une demande de règlement d'assurance vie et (ou) d'assurance maladie grave devait être présentée pour cet assuré, toute garantie payable serait assujettie aux limites de l'assurance antérieure.

Refinancement de votre prêt hypothécaire lors d'une invalidité

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

Si votre demande d'assurance invalidité à l'égard du nouveau *prêt hypothécaire* est refusée, tant que vous êtes totalement invalide, nous continuerons de verser des prestations d'invalidité équivalant à la garantie prévue par votre certificat d'assurance précédent, et la protection d'assurance invalidité demeurera en vigueur. Toutefois, votre prestation d'assurance invalidité ne pourra dépasser :

- le montant du nouveau paiement hypothécaire après refinancement;
- la durée du terme de votre nouveau prêt hypothécaire; ou
- la prestation mensuelle maximale payable.

Les prestations versées au titre d'un certificat antérieur prennent fin si vous transférez votre *prêt hypothécaire* 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 ce 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 *prêt hypothécaire*. 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 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, invalidité ou perte d'emploi

Veuillez contacter notre Centre des règlements pour faire une demande de prestations du vivant, de maladies graves, invalidité ou perte d'emploi. Lorsque vous effectuez votre appel initial, nous commençons par vous poser des questions afin de vous identifier et de localiser votre *prêt hypothécaire*. 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.

Veuillez noter que vous demeurez légalement responsable de rembourser votre *prêt hypothécaire* 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 ou de maladie grave, êtes devenu totalement invalide pour la première fois ou avez involontairement perdu votre emploi). 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 devrez 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 de règlement

Si nous refusons votre demande de règlement et que vous n'êtes 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.

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 *prêt hypothécaire assuré* et la garantie payable ne pourra non plus dépasser l'assurance maximale offerte.

Invalidité et perte d'emploi

Lorsque plus d'un *assuré* présente une demande de règlement pour invalidité totale et (ou) perte d'emploi au même moment, au titre du même *prêt hypothécaire*, une seule garantie à la fois est payable, quel que soit le nombre de personnes assurées au titre du prêt. 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 est calculée en fonction de votre âge, du montant initial de votre *prêt hypothécaire assuré* (pour les assurances vie et maladie grave) et du montant de votre paiement hypothécaire assuré (pour les assurances invalidité et perte d'emploi) au moment de présenter votre demande d'assurance.

Versements de prime

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 *fiche d'adhésion*. La facturation de la *prime* débute durant le mois au cours duquel nous établissons votre protection d'assurance.

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, recevez un *diagnostic* de maladie grave ou de maladie en phase terminale ou perdez involontairement votre *emploi* 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 de prime 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 du *prêt hypothécaire*.

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.

Ajout à votre protection d'assurance

Lorsqu'une ou plusieurs garanties d'assurance sont ajoutées à une protection d'assurance existante indiquée dans votre certificat, vous continuez de payer la même *prime* pour les garanties d'assurance alors en vigueur. La prime à l'égard de la ou des nouvelles garanties est calculée selon votre âge à la *date de la demande d'assurance* des nouvelles garanties. Un rabais de *prime* peut s'appliquer, tel qu'expliqué sous la rubrique Rabais de prime pour assurés multiples.

Réduction de prime

Vous pourriez avoir droit à une réduction de *prime* si, outre vos paiements hypothécaires habituels, vous avez effectué, auprès du *titulaire du contrat collectif*, un ou plusieurs versements forfaitaires totalisant 5 000 \$ ou plus afin de réduire le solde de votre *prêt hypothécaire assuré*. Dès réception de votre demande écrite, accompagnée d'une confirmation de la part du *titulaire du contrat collectif* attestant votre ou vos versements forfaitaires et le *solde impayé* actuel, nous ajusterons le montant de la *prime* d'assurance vie et (ou) maladie grave que vous acquitterez dès lors selon ce qui suit :

- l'âge de tous les assurés à la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*; et
- nos taux de *prime* en vigueur à la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*.

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 risque

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 inexacts lors 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.

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 hypothécaire collective, 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 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. 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 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 du *prêt hypothécaire* 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.

Activement au travail signifie que vous exercez 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 de la demande d'assurance* ou sinon, à tout moment après 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 ».

Assurance transitoire s'entend de l'intervalle entre la *date de la demande d'assurance* et celle du déboursement des fonds hypothécaires.

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*.

Avis officiel est l'avis donné lorsque vous recevez une communication officielle par écrit de la part de votre employeur vous informant que vous avez perdu ou que vous allez perdre votre *emploi*.

Avis non officiel est l'avis donné lorsque votre employeur vous informe soit verbalement ou autrement que vous avez perdu ou allez perdre votre *emploi*.

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 de la demande d'assurance* telle qu'indiquée dans votre *fiche d'adhésion* ou la date à laquelle nous vous avons avisé par écrit de l'établissement de votre 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*.

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 ou la date de votre perte d'emploi involontaire; il peut être **non rétroactif** ou **rétroactif** (dans le cas de l'assurance invalidité seulement). 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 ou de votre perte d'emploi involontaire.
- b) Délai de carence **rétroactif** signifie que nous versons des prestations rétroactivement au 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. Votre assurance demeure en vigueur pendant le délai de grâce de 75 jours, après quoi votre assurance tombe en déchéance.

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 prêt.

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 *prêt hypothécaire assuré* 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 *prêt hypothécaire assuré* que nous versons avec la prestation d'assurance. Ces intérêts sont calculés, au taux et pendant une période que nous déterminons, à compter de la date de votre décès ou de la date 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.

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.

Mise à pied signifie que votre *emploi* a été suspendu par votre employeur (avec possibilité de reprise) et votre employeur ne vous verse pas de compensation.

Montant du prêt hypothécaire approuvé s'entend du montant initial du *prêt hypothécaire*, que le *titulaire du contrat collectif* vous a consenti, à la *date de la demande d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*.

Pénalité pour remboursement anticipé du prêt hypothécaire signifie, si le *contrat de prêt hypothécaire* que vous avez conclu avec le *titulaire du contrat collectif* le prévoit, une amende déterminée par celui-ci lorsque vous effectuez, en tout ou en partie, un remboursement anticipé de votre *prêt hypothécaire* avant l'échéance prévue.

Pourcentage de protection s'entend du montant de protection d'assurance divisé par le montant du prêt et (ou) du remboursement exprimé en pourcentage.

Prestation(s) d'assurance emploi signifie un avantage pécunier et (ou) tout autre avantage prévu par un programme d'assurance emploi ou d'aide à l'emploi fédéral ou provincial.

Prêt hypothécaire assuré s'entend du montant de votre *prêt hypothécaire* pour lequel nous vous avons offert une protection d'assurance dont vous avez acquitté la *prime*. Le montant d'assurance de votre *prêt hypothécaire* peut être inférieur au *montant du prêt hypothécaire approuvé*.

Prêt hypothécaire s'entend du capital que le *titulaire du contrat collectif* a consenti à vous prêter pendant une durée déterminée, soit à compter de la *date de fins d'assurance* indiquée dans votre *fiche d'adhésion*, que vous avez l'obligation légale de rembourser et qui est garanti par un bien immobilier, ou à des fins d'entreprise. Pour les besoins de l'assurance crédit collective qui vous est consentie en vertu du présent guide de produit, un prêt hypothécaire peut également désigner un prêt à terme fixe garanti par un bien meuble ou un prêt à terme fixe non garanti.

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.

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 *prêt hypothécaire*.

Retour au travail s'entend de la date à laquelle l'assuré retourne au travail à temps partiel, à temps plein ou progressivement, ou est en affectation temporaire, que ce soit pour y remplir ses fonctions normales ou d'autres fonctions.

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 *prêt hypothécaire assuré*, tel que calculé par le *titulaire du contrat collectif*.

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

Travailleur autonome s'entend de la 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.