



**COUVERTURE
DIAMANT**

Protection de prêt

Protection dans le cadre de votre prêt ou de votre crédit-bail

Quiétude

Assurance crédit collective à prime unique

(Vie, mutilation accidentelle ou paraplégié, maladies graves, invalidité et perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome)

Guide de produit et certificat d'assurance

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Service à la clientèle – 1.855.277.8731

L'assurance crédit collective à prime unique est souscrite auprès de La Compagnie d'assurance-vie Co-operators et est administrée par Le Groupe financier LGM.

Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des règlements, sont offerts par les employés de CUMIS Services Inc., une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

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

® Les marques de commerce et les logos achés sont la propriété de Mitsubishi Motors North America, Inc. ou de Mitsubishi Motors Corporation et sont utilisés sous licence.

Assurance crédit collective à prime unique

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

Le présent guide de produit renferme des renseignements importants sur votre assurance, y compris les conditions pouvant exclure, restreindre ou limiter votre couverture ou vos garanties. Ce guide de produit comporte de l'information sur les garanties offertes au titre du *contrat collectif*, y compris les garanties que vous n'avez peut-être pas 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 une signification précise. Ces termes sont expliqués à la rubrique « Définitions » du présent guide, ainsi que dans d'autres parties de ce document.

Pour les besoins du présent guide de produit, les termes « vous », « votre », « vos » et « vous-même » font référence à toute personne :

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

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

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 le présent 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 si vous devez présenter une demande de prestations.

Des questions?

À propos de votre assurance

Si vous avez des questions au sujet de votre assurance, veuillez communiquer avec l'*administrateur*, Le Groupe financier LGM au 1.855.277.8731.

À propos de votre contrat de prêt ou de crédit-bail

Si vous avez des questions au sujet de votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail*, veuillez communiquer avec le *créancier*, tel qu'il est précisé dans votre *demande d'adhésion*.

Table des matières

Introduction	6
Le contrat collectif	6
Votre certificat d'assurance	6
L'importance de l'assurance à prime unique	6
Aperçu des garanties	6
Critères d'adhésion à tous les types d'assurance	7
Entrée en vigueur de l'assurance	7
Fin de l'assurance	7
Limites relatives aux prestations d'assurance	8
Exclusion relative à un état de santé préexistant	10
Assurance vie	11
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance vie?	11
Qu'est-ce qu'une prestation du vivant?	11
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance vie n'est pas versée	12
Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie	13
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie?	13
Qu'est-ce qu'une mutilation accidentelle ou par paraplégie?	13
EXCLUSIONS : Situations où la prestation en cas de mutilation accidentelle ou de paraplégie n'est pas versée	13
Assurance maladies graves	14
Adhésion à l'assurance	14
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance maladies graves?	14
Qu'est-ce qu'une maladie grave?	15
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée	17
Assurance invalidité	18
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance invalidité?	18
Qu'est-ce qu'une invalidité?	19
Début du versement des prestations d'invalidité	21
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'invalidité n'est pas versée	21
Fin des prestations invalidité	22

Assurance perte d'emploi	23
Adhésion à l'assurance	23
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance perte d'emploi ?	23
Qu'est-ce qu'une perte d'emploi?	23
Début du versement des prestations pour perte d'emploi	24
EXCLUSIONS : Situations où la prestation pour perte d'emploi n'est pas versée	25
Fins des prestations pour perte d'emploi	26
Refinancement de votre contrat de prêt ou de crédit- bail	27
Que se passe-t-il en cas de refinancement d'un contrat de prêt ou de crédit-bail?	27
Refinancement de votre contrat de prêt ou crédit- bail lors d'une invalidité	27
Présentation d'une demande de prestations	28
Déclaration de sinistre – délais importants	28
Preuve de sinistre	28
Autres renseignements importants sur les demandes de prestations	29
Délais importants pour intenter une poursuite en justice	30
Autres renseignements sur votre assurance	31
À propos de votre prime d'assurance	31
Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risqué	32
Erreur sur l'âge	32
Conformité aux lois	32
Contestabilité de l'assurance	32
Insatisfaction et plainte	32
Comment annuler l'assurance	33
Définitions	35
Votre vie privée est importante pour nous	40

Introduction

Le contrat collectif

La Compagnie d'assurance-vie Co-operators a établi un contrat d'assurance crédit collective au *titulaire du contrat collectif* dont le nom figure dans votre *demande d'adhésion*. Le *contrat collectif* prévoit une assurance crédit collective, telle qu'elle est décrite dans le présent guide de produit, à l'intention des emprunteurs ou des locataires du *titulaire du contrat collectif* qui ont adhéré au régime et qui ont acquitté la *prime unique* exigible.

Le *contrat collectif*, et le présent guide de produit connexe, n'est pas participatif, ce qui signifie que votre assurance n'a pas de *valeur de rachat* et qu'il n'y a pas de versement de participations.

Votre certificat d'assurance

Vous recevez le présent guide de produit, car vous avez choisi de souscrire de façon volontaire au moins un type d'assurance facultative qui vous est offerte dans le cadre du *contrat collectif*. Ce document tient lieu de certificat d'assurance et, avec votre *demande d'adhésion*, constitue une preuve d'assurance au titre du *contrat collectif*.

Les modalités et conditions de votre assurance se trouvent dans :

- votre *demande d'adhésion*;
- le présent guide de produit;
- le *contrat collectif* et toute modification apportée.

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

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

L'importance de l'assurance à prime unique

L'assurance crédit collective à prime unique souscrite par Co-operators est un produit d'assurance facultative à participation volontaire qui procure une sécurité lorsque vous éprouvez des difficultés financières attribuables à certains événements de la vie.

Si l'information que vous avez fournie au moment de votre adhésion est complète et exacte, des prestations d'assurance pourront être versées, sous réserve des modalités, conditions et exclusions applicables, telles qu'elles sont énoncées dans le présent guide de produit.

Aperçu des garanties

- **Assurance vie** : Rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* si vous décédez.
- **Assurance mutilation accidentelle ou paralégie** : Rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* si vous êtes victime d'une *mutilation accidentelle* ou devenez *paralégique*.
- **Assurance maladies graves** : Rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* si vous recevez un *diagnostic* de *maladie grave* admissible.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique – Quiétude

- **Assurance invalidité** : Vous procure une prestation mensuelle si vous devenez *totale*ment invalide.
- **Assurance perte d'emploi** : Vous procure une prestation mensuelle en cas de *perte d'emploi involontaire*.

Versement des prestations

Si elles sont exigibles, les prestations d'assurance seront versées au *créancier* qui affectera les prestations au règlement du *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré*, ou à votre crédit, si vous n'avez pas de solde.

Critères d'adhésion à tous les types d'assurance

REMARQUE : Vous devez satisfaire à chacun des critères d'admissibilité précisés ci-après. Sinon, vous ne pourrez pas bénéficier de la couverture décrite dans le présent guide de produit.

Vous pouvez adhérer aux garanties d'assurance vie (laquelle comprend la prestation du vivant et l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie), d'assurance maladies graves, d'assurance invalidité et d'assurance perte d'emploi à l'égard de votre *contrat de prêt ou de crédit-bail*, si à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* précisée dans votre *demande d'adhésion* :

- vous êtes un résident canadien et vivez au Canada au moins six mois par année;
- vous avez l'obligation légale, à titre d'emprunteur, de coemprunteur, de cosignataire, de garant ou d'endosseur de rembourser le montant du *prêt* ou du *crédit-bail* au *créancier*;
- vous avez une obligation légale de rembourser le montant du *prêt* ou du *crédit-bail* au *créancier*, 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 minimal ou maximal d'admissibilité, tel qu'il est précisé dans votre *demande d'adhésion*; et
- vous n'avez pas présenté de demande de prestation du vivant au titre de tout contrat d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance que nous avons établi.

Entrée en vigueur de l'assurance

La date de prise d'effet de votre assurance crédit collective à prime unique correspond à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

Fin de l'assurance

Votre assurance, constituée des garanties d'assurance vie (laquelle comprend la prestation du vivant et l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie), d'assurance maladies graves, d'assurance invalidité ou d'assurance perte d'emploi, conformément à votre *demande d'adhésion*, prend fin à la première des éventualités suivantes :

- a) à l'expiration de la *durée maximale de l'assurance*, telle qu'elle est indiquée dans votre *demande d'adhésion*;
- b) date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation de l'assurance, tel qu'il est précisé dans votre *demande d'adhésion*;
- c) à l'échéance de l'assurance, tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*;

- d) date à laquelle nous recevons par écrit une demande d'annulation de votre part ou, dans le cas d'une assurance conjointe, nous recevons par écrit une demande d'annulation de la part de toutes les *personnes assurées*;
- e) date à laquelle votre *prêt ou crédit-bail assuré* est remboursé en totalité, *refinancé*, libéré ou pris en charge par une tierce personne;
- f) date à laquelle votre *prêt* ou votre *crédit-bail* prend fin ou est annulé;
- g) date à laquelle on vous libère, par effet de la loi, de votre obligation légale de rembourser votre *prêt ou crédit-bail assuré* (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- h) date à laquelle vous transférez ou cédez votre *prêt ou crédit-bail assuré* à un *créancier* qui n'est pas le *créancier* au titre du contrat;
- i) date à laquelle six paiements mensuels consécutifs de votre *prêt ou crédit-bail assuré* sont en souffrance;
- j) date à laquelle nous versons une prestation d'assurance vie, une prestation du vivant ou une prestation d'assurance maladies graves aux termes du présent guide de produit;
- k) date à laquelle nous versons une prestation d'assurance *mutilation accidentelle* ou *paraplégie* et que le *solde impayé* est acquitté en entier par le versement d'une telle prestation;
- l) date de cessation du *contrat collectif*, conformément aux dispositions prévues au contrat;
- m) l'omission de votre part ou de la part de votre représentant successoral de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans le présent guide de produit; ou
- n) votre décès.

Limites relatives aux prestations d'assurance

Toute assurance comporte des limites relatives au montant total de couverture que vous pouvez souscrire et à la durée de cette assurance. Pour ce qui est de l'assurance invalidité et l'assurance perte d'emploi, il y a également des restrictions quant à la durée du versement des prestations mensuelles lorsqu'on présente une demande de telles prestations. Le montant d'assurance à l'égard de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail* peut être moins élevé que le *montant du prêt ou du crédit-bail* (à l'exclusion de l'assurance).

Période de prestation maximale par sinistre s'entend de la période maximale, en ce qui concerne le nombre de mois totaux, au cours de laquelle des prestations d'assurance invalidité et d'assurance perte d'emploi seront versées pour une seule demande de prestations, tel qu'il est précisé dans la *demande d'adhésion*.

Assurance maximale offerte (à l'exclusion de la prime d'assurance) s'entend du montant maximal d'assurance vie, d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie et d'assurance maladies graves établi pour tout *contrat de prêt* ou de *crédit-bail*, tel qu'il est précisé dans la demande d'adhésion.

REMARQUE : Toute prestation d'assurance vie, prestation du vivant ou prestation pour maladies graves exigible comprendra la prime unique, même si le « montant du prêt ou du crédit-bail assuré », tel qu'il figure dans votre demande d'adhésion, excède le montant d'assurance maximale offerte (à l'exclusion de la prime d'assurance).

Prestation mensuelle maximale payable s'entend du montant des prestations maximales d'invalidité ou de l'assurance perte d'emploi que nous allons vous verser mensuellement pour tout *contrat de prêt* ou de *crédit-bail*, tel qu'il est précisé dans la *demande d'adhésion*.

Durée maximale de l'assurance s'entend de la période maximale au cours de laquelle vous bénéficiez de l'assurance au titre de tout *contrat de prêt* ou de *crédit-bail*, tel qu'il est précisé dans la *demande d'adhésion*.

REMARQUE : La durée maximale de l'assurance peut être inférieure à celle de votre contrat de prêt ou de crédit-bail. Par conséquent, à l'échéance de la durée maximale de l'assurance, votre couverture prendra fin et aucune prestation ne sera exigible après la cessation de l'assurance. Si la durée de votre contrat de prêt ou de crédit-bail est supérieure à la durée maximale de l'assurance, vous pourriez souscrire une nouvelle assurance à l'échéance de la durée maximale de l'assurance. Veuillez consulter la rubrique « Refinancement de votre contrat de prêt ou de crédit-bail » pour obtenir de plus amples renseignements.

Votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail* ne sera pas assuré pour toute la durée du contrat dans les situations suivantes :

- votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail* prend fin après l'âge de cessation de l'assurance, tel qu'il est précisé dans la *demande d'adhésion*; ou
- le versement de sommes applicables à votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail* est effectué après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

Lorsque votre assurance prendra fin, aucune prestation ne vous sera versée après la date d'échéance.

Si le *montant du prêt ou du crédit-bail* (à l'exclusion de l'assurance) ou le montant du paiement mensuel de votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail* (à l'exclusion de l'assurance) sont supérieurs au *montant d'assurance maximale offerte* (à l'exclusion de la *prime d'assurance*) ou la *prestation mensuelle maximale payable* précisés dans votre *demande d'adhésion*, le montant d'assurance consenti dans le cadre de votre *prêt ou crédit-bail assuré* sera limité aux montants précisés.

Ces montants d'assurance limités seront utilisés pour calculer la *prime unique* exigible et verser des prestations lors de la présentation d'une demande à cet effet.

Réduction des prestations d'assurance

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

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

Par exemple :

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

De la même manière, si le *montant du prêt ou du crédit-bail* (à l'exclusion de l'assurance) s'élève à 125 000 \$ et que le *montant de l'assurance maximale offerte* (à l'exclusion de la prime d'assurance) est de 100 000 \$, la prestation d'assurance vie, la prestation du vivant ou la prestation d'assurance maladies graves correspondra à 80 % (soit, 100 000 \$ divisés par 125 000 \$) du *solde impayé du prêt ou du crédit-bail*, plus 80 % des *intérêts courus* et des *intérêts sur le montant du règlement*.

Exclusion relative à un état de santé préexistant

REMARQUE : Nous ne versons pas de prestations d'assurance ni n'effectuons de remboursement de votre prime unique si votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale découle directement ou indirectement d'un état de santé préexistant, ou y est lié de quelque façon que ce soit.

Un **état de santé préexistant** désigne toute affection, maladie, blessure corporelle ou tout état de santé ou symptôme (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) pour lequel vous-même ou toute personne prudente auriez cherché à recevoir ou reçu des *conseils ou des soins médicaux* au cours de la *période d'exclusion pour état de santé préexistant*, indiquée dans votre *demande d'adhésion*, précédant immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

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

- **Conseils ou soins médicaux** signifient une consultation auprès de tout *médecin dûment autorisé* ou de tout *professionnel de la santé dûment autorisé*. Cela comprend notamment les soins médicaux ou paramédicaux, les examens exploratoires, la prise de pilules ou de tout médicament sur ordonnance, ou les injections reçues pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une demande de prestations.
- **Un professionnel de la santé** est une personne qui est légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, tels qu'ils sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*.

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

Si avant l'entrée en vigueur de votre assurance, vous avez présenté des symptômes ou avez reçu des traitements pour un problème de santé pendant une période déterminée, nous ne versons aucune prestation d'assurance si votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale survient au cours d'une période déterminée après l'entrée en vigueur de votre assurance. Ces périodes déterminées sont indiquées ensemble dans votre *demande d'adhésion*, en tant que *période d'exclusion pour état de santé préexistant*.

Par exemple :

Votre *période d'exclusion pour état de santé préexistant* indiquée dans votre *demande d'adhésion* est « 6/6 », soit 6 mois avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* ou 6 mois suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*. Vous avez présenté des symptômes et vous avez reçu des traitements pour un problème cardiaque cinq mois avant que l'assurance soit entrée en vigueur. Si votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale découle de votre problème cardiaque et que votre assurance est en vigueur depuis moins de six mois complets, nous ne versons pas de prestations.

Cependant, si, à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, vous répondez à tous les critères d'admissibilité à l'*adhésion*, nous versons des prestations d'assurance si vous décédez ou si vous avez reçu un *diagnostic* initial de *maladie grave* ou si votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale découlant de votre problème cardiaque, à n'importe quel moment après que votre assurance soit demeurée en vigueur pendant six mois complets.

Si votre demande de prestations au titre de l'assurance invalidité ou de l'assurance maladies graves est refusée en raison d'un état de santé préexistant, votre assurance demeurera en vigueur.

Période d'exclusion pour état de santé préexistant

L'exclusion relative à un état de santé préexistant s'applique durant la *période d'exclusion pour état de santé préexistant* indiquée dans votre *demande d'adhésion*. Nous verserons des prestations d'assurance si, après que la *période d'exclusion pour état de santé préexistant* a pris fin, votre demande de prestation d'assurance vie, prestation du vivant, de maladie grave ou d'invalidité totale découle d'un état de santé préexistant.

Assurance vie

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

Si vous avez souscrit l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans le présent guide de produit, nous verserons au *créancier*, à votre décès, une prestation d'assurance vie correspondant au *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* à la date de votre décès, en plus de toute pénalité raisonnable pour remboursement anticipé prévu par le *contrat de prêt ou de crédit-bail*, le cas échéant, telle qu'elle a été établie par le *créancier*.

La prestation d'assurance vie exigible ne pourra pas dépasser:

- le *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* à la date de décès, multiplié par le pourcentage de couverture calculé; ou
- l'*assurance maximale offerte* (à l'*exclusion de la prime d'assurance*), tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

Nous payons également les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* et les *intérêts sur le montant du règlement* au *créancier*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit est inférieur au montant de votre prêt ou de votre crédit-bail (à l'exclusion de l'assurance), le montant de l'assurance vie (capital-décès) sera réduit proportionnellement, tel qu'il est décrit à la rubrique *Prestations d'assurance réduite*.

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

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

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

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique – Quiétude

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 dûment autorisé* que nous jugeons apte à poser un tel *diagnostic*, vous pouvez présenter une demande de prestation du vivant.

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

Nous verserons au *créancier* une prestation correspondant au *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* à la *date d'établissement du diagnostic* de votre maladie en phase terminale, telle qu'elle a été établie par le *créancier*. La prestation du vivant exigible ne pourra pas dépasser le moindre des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* à la *date d'établissement du diagnostic*, multiplié par le pourcentage de couverture calculé; ou
- l'*assurance maximale offerte* (à l'exclusion de la prime d'assurance), tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

Nous payons également les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* et les *intérêts sur le montant du règlement au créancier*.

REMARQUE : Si le montant de l'assurance vie que vous avez demandé est inférieur au montant de votre *prêt ou de votre crédit-bail* (à l'exclusion de l'assurance), le montant de la *prestation du vivant* sera réduit, tel qu'il est précisé à la rubrique *Prestations d'assurance réduites*.

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

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

La prestation d'assurance vie ou prestation du vivant n'est pas versée si la cause du sinistre est directement ou indirectement lié à ce qui suit :

- un état de santé *préexistant*;
- votre *suicide* dans les deux ans qui suivent la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* (dans le cas de la prestation d'assurance vie seulement);
- la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel;
- la consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un *médecin dûment autorisé* ou pris selon les directives d'un tel *médecin*;
- la conduite ou le contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé; ou
- l'omission de votre part ou de votre représentant successoral de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans le présent guide de produit.

Suicide signifie que nous ne versons pas de prestation d'assurance vie si, dans les deux années suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion*, vous vous enlevez la vie, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste. Dans une telle situation, nous annulons votre assurance et effectuons un remboursement partiel de votre *prime unique*, tel qu'il est décrit à la rubrique *remboursement de la prime* lors de l'annulation.

Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie

Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie?

Si vous avez souscrit l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans le présent guide de produit, vous êtes alors admissible à la prestation de l'assurance *mutilation accidentelle* ou *paraplégie*.

Si vous êtes victime d'une *mutilation accidentelle* ou devenez *paraplégique* au cours des 90 jours suivant la date d'une blessure accidentelle entraînant une perte, nous versons au *créancier* une prestation correspondant au *solde impayé* de votre *prêt* ou *crédit-bail assuré* à la date de votre *mutilation accidentelle* ou de votre *paraplégie*, tel qu'il a été établi par le *créancier*.

Qu'est-ce qu'une mutilation accidentelle ou par paraplégie?

Mutilation accidentelle s'entend de la perte d'une main ou des deux mains en cas d'amputation complète au niveau ou au-dessus du poignet, la perte d'un pied ou des deux pieds en cas d'amputation complète au niveau de la cheville ou au-dessus, ou la perte complète et irréversible de la vue des deux yeux.

Paraplégie s'entend de la perte d'usage totale et permanente des deux jambes.

La prestation en cas de *mutilation accidentelle* ou de *paraplégie* exigible ne peut pas dépasser le moindre des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *prêt* ou *crédit-bail assuré* à la date de la *mutilation accidentelle* ou de la *paraplégie*;
- le montant d'*assurance maximale offerte* (à l'exclusion de la *prime d'assurance*) indiqué dans la *demande d'adhésion*.

Nous paierons également les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt* ou *crédit-bail assuré*, de même que les *intérêts sur le montant du règlement* au *créancier*.

REMARQUE : Si le montant de l'assurance vie que vous avez demandé est inférieur au montant de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail* (à l'exclusion de l'assurance), le montant de la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie sera réduit, tel qu'il est précisé à la rubrique *Prestations d'assurance réduites*.

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

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

Nous ne paierons aucune prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie si la perte est directement ou indirectement causée par ce qui suit :

- a) une tentative de *suicide* ou d'automutilation, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste;
- b) une blessure que la personne s'est infligée intentionnellement;
- c) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel;
- d) la guerre ou tout acte de guerre;

- e) un traitement médical ou chirurgical;
- f) la conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies par l'alcool ou des drogues;
- g) l'usage de narcotiques ou d'autres médicaments non prescrits par un *médecin dûment autorisé* ou un chirurgien; ou
- h) l'omission, de votre part ou de la part de votre représentant successoral, de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans le présent guide de produit.

Assurance maladies graves

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves à l'égard de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail* si, à compter de la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion* :

- vous avez également souscrit une assurance vie à l'égard de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail* et
- vous n'avez pas présenté de demande de prestation d'assurance maladies graves au titre d'un contrat d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance que nous avons établi.

Le montant de couverture de l'assurance maladies graves que vous souscrivez doit être égal au montant d'assurance vie que vous souscrivez.

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

Si vous avez souscrit l'assurance maladies graves et que vous remplissez les conditions énoncées dans le présent guide de produit, nous verserons au *créancier* une prestation d'assurance à la *date d'établissement du diagnostic*, laquelle sera égale au *solde impayé* de votre *prêt* ou *crédit-bail assuré*, telle qu'elle a été établie par le *créancier*. Votre *diagnostic* de *maladie grave* doit être confirmé par des résultats appropriés, tel qu'il est précisé dans le présent guide de produit.

Pour être admissible à la prestation d'assurance maladies graves, le *diagnostic* de *crise cardiaque*, d'*accident vasculaire cérébral* ou de *cancer* que vous avez reçu, doit avoir été établi après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* et avant la date de cessation de celle-ci.

Le montant de la prestation d'assurance maladies graves exigible correspondra au moindre des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail* à la *date d'établissement du diagnostic*, multiplié par le pourcentage de couverture calculé; ou
- l'*assurance maximale offerte* (à l'*exclusion de la prime d'assurance*), tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

Nous réglerons aussi les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt* ou *crédit-bail assuré* ainsi que les *intérêts sur le montant du règlement* au *créancier*.

REMARQUE : Si le montant de l'assurance maladies graves que vous avez demandé est inférieur au montant du *prêt* ou du *crédit-bail* (à l'*exclusion de l'assurance*), le montant de la prestation d'assurance maladies graves sera réduit, tel qu'il est précisé à la rubrique *Prestations d'assurance réduites*.

L'assurance maladies graves est assujettie aux restrictions et exclusions décrites dans le présent guide de produit. Votre assurance maladies graves prendra automatiquement fin si, pour quelque raison que ce soit, votre assurance vie prend fin.

Qu'est- ce qu'une maladie grave?

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

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) : *Diagnostic* formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le *diagnostic* d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de *crise cardiaque*;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une *crise cardiaque*;
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque.

Exclusions relatives aux crises cardiaques :

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée dans les cas suivants, qui n'entrent pas dans la définition de « crise cardiaque » :

- a) changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement;*
- b) autres syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable;*
ou
- c) augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.*

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

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) : *Diagnostic* formel d'un *accident vasculaire cérébral* (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique persistant de façon continue pendant plus de 30 jours après la *date d'établissement du diagnostic*. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie *diagnostique* montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

Aux fins du présent guide de produit, les déficits neurologiques doivent être détectables par un *spécialiste* et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte d'audition mesurable, une perte de vision mesurable, des changements mesurables de la fonction neurocognitive, une perte objective de sensation, une paralysie, une faiblesse localisée, une dysarthrie (difficulté de prononciation), une dysphasie (difficulté à parler), une dysphagie (difficulté à avaler), une démarche instable (difficulté à marcher), un trouble de l'équilibre, un manque de coordination ou l'apparition de convulsions en cours de traitement. Les maux de tête et la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions relatives aux accidents vasculaires cérébraux :

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée dans les cas suivants, qui n'entrent pas dans la définition d'« accident vasculaire cérébral » :

- a) *accident ischémique transitoire;*
- b) *accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;*
- c) *troubles ischémiques du système vestibulaire;*
- d) *mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'oeil en cause; ou*
- e) *infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.*

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

Cancer : Diagnostic formel d'une tumeur maligne caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Aux fins du présent guide de produit :

- le terme « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :
 - i) de TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - ii) de TSGI de l'intestin grêle, de l'oesophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Exclusions relatives au cancer :

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée dans les cas suivants, qui n'entrent pas dans la définition de « cancer » :

- a) *lésions décrites comme étant bénignes, non invasives, précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, limites (« borderline »), un carcinome in situ, ou des tumeurs au stade Tis ou Ta;*
- b) *mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;*
- c) *tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;*
- d) *cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;*

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique – Quiétude

- 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 (carcinoïde) 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 maladies graves n'est pas exigible lorsque votre problème de santé résulte de ce qui suit :

- tout état de santé *préexistant*;
- 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 ou des stupéfiants, autrement que selon l'ordre et les directives d'un *médecin dûment autorisé* à exercer la médecine;
- 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).

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique – Quiétude

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

Exclusion pour état de santé préexistant relatif à un cancer

Nous ne versons pas de prestation d'assurance maladies graves si vous avez reçu un *diagnostic* de *cancer* avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

REMARQUE : En ce qui a trait à l'assurance maladies graves, la période d'exclusion pour état de santé préexistant qui figure sur votre demande d'adhésion ne s'applique pas si vous avez déjà reçu un diagnostic de toute forme de cancer, laquelle n'est pas seulement un cancer admissible. Le cas échéant, aucune prestation d'assurance maladies graves ne vous sera versée pour tout diagnostic de cancer reçu. Des précisions sont fournies ci-après.

Si, avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*,

- vous avez reçu un *diagnostic* de *cancer*; ou
- vous n'avez pas encore reçu un *diagnostic* de *cancer*, mais que :
 - a) vous présentiez des signes ou des symptômes apparents de *cancer*; ou
 - b) vous avez tenté d'obtenir ou obtenu des *conseils ou soins médicaux* (ou tenté d'obtenir ou obtenu des **conseils ou soins médicaux** qu'une personne prudente aurait tenté d'obtenir ou obtenus) liés aux signes ou aux symptômes apparents de *cancer*;

nous ne versons pas de prestation d'assurance maladies graves pour ce qui suit :

- un *cancer admissible* pour lequel vous recevez un *diagnostic*;
- la récurrence de ce *cancer admissible*; ou
- tout diagnostic futur lié à toute autre forme de *cancer admissible*.

Pour les besoins de la présente exclusion pour état de santé préexistant relatif à un *cancer* et des exemples illustrés ci-après :

- **Cancer s'entend** de toute forme de *cancer* (et non pas seulement un type de *cancer admissible* au titre de l'assurance maladies graves décrite dans le présent guide de produit).
- **Cancer admissible** s'entend d'une forme de *cancer admissible* au titre de l'assurance maladies graves décrite dans le présent guide de produit, sous réserve de la présente exclusion pour un *état de santé préexistant* relatif à un *cancer*.
- **Cancer non admissible** s'entend d'une forme de *cancer* qui n'est pas admissible au titre de l'assurance maladies graves décrite dans le présent guide de produit.

Assurance invalidité

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

Si vous avez souscrit l'assurance *invalidité* et que vous répondez aux conditions du présent guide de produit, si vous devenez *totale*ment *invalide* et que votre demande de prestations d'*invalidité totale* est approuvée, nous verserons au *créancier* une prestation d'*invalidité* mensuelle égale à la prestation mensuelle précisée dans votre *demande d'adhésion*.

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

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

- le montant d'assurance que vous avez demandé; ou
- la *période de prestation maximale par sinistre* précisée dans votre *demande d'adhésion*.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre votre paiement mensuel de *prêt ou crédit-bail assuré* et la prestation d'*invalidité*.

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

Qu'est- ce qu'une invalidité?

L'*invalidité* est un handicap résultant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'accomplir les tâches habituelles de votre *profession principale* pendant les 12 premiers mois de l'*invalidité* et, après cette période de 12 premiers mois, vous empêche d'accomplir les tâches de toute profession.

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité et continuer de les recevoir, vous devez :

- être considéré *effectivement au travail*;
- recevoir des *soins médicaux appropriés* d'un *médecin dûment autorisé*, que nous jugeons compétent, pour une maladie ou une blessure 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 programme de retour au travail progressif ou à un *emploi* de réadaptation que nous jugeons approprié; et
- produire une preuve initiale satisfaisante permettant d'étayer votre demande de prestations d'invalidité totale et être en mesure de produire une telle preuve en tout temps, sur demande.

En tout temps pendant le processus de traitement de votre demande de prestations ou au cours de la période d'indemnisation, nous pouvons vous demander de vous soumettre à une évaluation, si nous le jugeons nécessaire.

Effectivement au travail signifie que vous exercez toute profession contre rémunération ou profit et que vous étiez en mesure d'accomplir les tâches principales et essentielles liées à cette profession, à raison d'au moins 20 heures par semaine pendant deux semaines consécutives précédant immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, ou sinon, à tout moment après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* et avant le début de l'*invalidité totale*.

Termes propres à l'assurance invalidité et leur signification

Délai de carence

Le *délai de carence* est semblable à une période d'attente et il est calculé en nombre de jours consécutifs entre le début de votre *invalidité totale* et le moment où vous devenez admissible aux prestations; il peut être **non rétroactif** ou **rétroactif**. Vous devez être *totalelement invalide* et le demeurer pendant toute la durée du *délai de carence* avant d'être admissible aux prestations.

Nous commencerons à verser des prestations d'*invalidité* à l'expiration du *délai de carence*.

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

Vous êtes tenu d'effectuer vos versements habituels à l'égard de votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail* au créancier durant le *délai de carence* et pendant que votre demande de prestations est à l'étude.

Totalement invalide et invalidité totale

Si vous occupez un emploi, ou si vous êtes un *travailleur saisonnier* ou un *travailleur autonome* au moment où vous devenez *totalement invalide*, les expressions *totalement invalide* et *invalidité totale* signifient alors que :

- pour les 12 premiers mois consécutifs à compter de la date à laquelle vous êtes devenu *totalement invalide*:
 - a) vous êtes incapable d'accomplir les tâches principales et essentielles de votre *profession principale*; et
 - b) vous recevez les *soins médicaux appropriés*; et
- après les 12 premiers mois consécutifs d'*invalidité totale*, les expressions *totalement invalide* et *invalidité totale* signifient alors que :
 - a) vous êtes incapable d'accomplir les tâches de toute profession pour laquelle vous êtes raisonnablement qualifié en raison de vos études, de votre formation ou de votre expérience; et
 - b) vous recevez les *soins médicaux appropriés*.

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

- a) *diagnostic* formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure corporelle, d'effectuer par soi-même ;
 - i) avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - ii) au moins 3 des 6 *activités de la vie quotidienne*; et
 - iii) le *diagnostic* doit être posé par un *médecin* et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un *spécialiste* exerçant une profession équivalente
- b) vous recevez des *soins médicaux appropriés*.

Activités de la vie quotidienne signifie la capacité de satisfaire tous les besoins de base : se nourrir, se laver, se vêtir, se servir des toilettes, se mouvoir et être continent. On les définit comme suit :

- **se laver** : Se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette;
- **se vêtir** : Mettre ou retirer les vêtements nécessaires, les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- **se servir des toilettes** : S'asseoir sur les toilettes et s'en lever, et assurer son hygiène personnelle;
- **être continent** : Gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;

- **se mouvoir** : Se lever du lit, se coucher, s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et s'en lever;
- **se nourrir** : Consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Invalidité récidivante

Si vous redevenez *totale*ment invalide au cours des six mois après vous être rétabli de cette même *invalidité totale* ou d'une *invalidité totale* connexe, nous considérons qu'il s'agit du prolongement de votre *invalidité totale* initiale. C'est ce que nous appelons *invalidité récidivante*. Dans un tel cas, le *décal de carence* précisé dans votre *demande d'adhésion* ne s'appliquera pas à votre demande de prestations d'*invalidité* en raison de la récidive d'une *invalidité*.

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 distinct et non lié.

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

- le problème 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 prestations immédiatement après que votre *invalidité totale* initiale ait pris fin. Une nouvelle *période de prestation maximale par sinistre* commencera.

Début du versement des prestations d'invalidité

Une fois que nous avons accepté votre demande de prestations, nous commençons à verser au *créancier* les prestations d'*invalidité* dès que le *décal de carence* prend fin.

Le montant de votre prestation mensuelle ne peut pas dépasser la *prestation mensuelle maximale payable*; les deux montants étant indiqués dans votre *demande d'adhésion*. Le montant total des prestations d'assurance *invalidité* versées ne peut dépasser la *prestation cumulative maximale payable*, et il est assujéti à la *période de prestation maximale par sinistre* également précisée dans votre *demande 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* :

- est liée à un état de santé préexistant;
- a commencé avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*;
- est liée à une grossesse normale (c'est-à-dire que votre grossesse n'est pas considérée comme « à risque élevé » par un *médecin dûment autorisé* et que nous jugeons approprié);
- a commencé pendant que vous étiez incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique – Quiétude

- a commencé après la cessation de votre assurance;
- est liée à une tentative de *suicide*, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste;
- est liée à votre perpétration ou à votre tentative de perpétration d'un acte criminel;
- est liée à votre usage ou votre consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques ou intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un *médecin dûment autorisé* ou pris selon les directives d'un tel *médecin*, ou liée à votre inscription à un programme de réadaptation pour toxicomanes;
- résulte de la conduite ou du contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé;
- est attribuable à une intervention chirurgicale non urgente;
- si nous vous versons des prestations d'assurance perte d'emploi au titre du présent guide de produit; 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 de prestation maximale par sinistre », tel qu'il est précisé dans votre *demande 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 *demande d'adhésion*;
- la date d'exigibilité de votre paiement applicable à la *valeur résiduelle* ou à la *valeur de rachat*;
- la date à laquelle vous amorcez votre incarcération dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- la date à laquelle vous participez à une quelconque *entreprise* ou activité contre rémunération ou profit;
- votre *prêt* ou *crédit-bail* a été payé en totalité;
- vous ne recevez plus de soins d'un *médecin*;
- vous refusez de vous soumettre à l'examen médical d'un *médecin* de notre choix;
- la date à laquelle prend fin votre assurance, tel qu'il est indiqué à la rubrique Cessation de l'assurance;
- la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante d'invalidité totale continue; ou
- la date de votre décès.

Assurance perte d'emploi

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez souscrire une assurance perte d'emploi à l'égard de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail* si, à compter de la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion* :

- vous occupez un *emploi* et exercez votre *profession principale* sans interruption, à raison d'au moins 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs; et
- vous n'avez pas reçu d'avis officiel ou 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.

Pour les résidents du Québec seulement : Vous pouvez adhérer à l'assurance perte d'emploi si, à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* vous avez aussi demandé à souscrire l'assurance vie ou l'assurance invalidité.

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

Si vous avez présenté une demande d'assurance perte d'emploi et que vous répondiez aux conditions précisées dans le présent guide de produit, que votre *perte d'emploi* soit involontaire et que votre demande de prestations soit approuvée, nous verserons au *créancier* une prestation mensuelle pour perte d'emploi qui correspond à la prestation mensuelle pour *perte d'emploi*, tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

REMARQUE : Si vous êtes un *travailleur autonome*, un *travailleur saisonnier* ou un *représentant élu du gouvernement*, vous n'êtes pas admissible aux prestations pour perte d'emploi.

Le montant des prestations mensuelles pour perte d'emploi ne dépassera pas ce qui suit :

- le montant d'assurance que vous avez demandé, ou
- la *période de prestation maximale par sinistre* précisée dans votre *demande d'adhésion*.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre vos paiements de *prêt* ou de *crédit-bail* et les prestations d'assurance perte d'emploi.

Les prestations d'assurance perte d'emploi sont assujetties aux restrictions 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) ou que votre *emploi* a été interrompu 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*.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique – Quiétude

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

- avoir été *effectivement au travail*;
- 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*.

Dans le cadre de la *perte d'emploi*, **effectivement au travail** signifie que vous devez avoir été employé et avoir exercé votre *profession principale* pendant au moins 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs au moment de la perte involontaire de votre *emploi*.

Termes propres à la perte d'emploi et signification

Délai de carence

Le *délai de carence* est semblable à une période d'attente et il est calculé en nombre de jours consécutifs à partir du début de votre *perte d'emploi* jusqu'à la date à partir de laquelle vous êtes admissible à des prestations. Le *délai de carence* applicable à une *perte d'emploi* commence à la plus tardive des dates suivantes :

- la date de votre *perte d'emploi involontaire*;
- 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 *demande d'adhésion*.

Nous commencerons à verser au *créancier* des prestations pour *perte d'emploi* à l'expiration du *délai de carence*.

Vous êtes tenu d'effectuer vos versements habituels de *prêt ou crédit-bail assuré* durant le *délai de carence* et pendant que votre demande de prestations est à l'étude.

Perte d'emploi involontaire signifie que votre *emploi* a cessé directement et uniquement pour les raisons suivantes :

- la cessation complète et définitive de votre *emploi* sans motif;
- 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 prestations, nous commençons à verser au *créancier* des prestations à l'expiration du *délai de carence*.

Le montant de votre prestation mensuelle ne peut pas dépasser la *prestation mensuelle maximale payable*; les deux montants étant indiqués dans votre *demande d'adhésion*. Le montant total des prestations d'assurance perte d'emploi versées est assujéti à la période de *prestation maximale par sinistre* également précisée dans votre *demande d'adhésion*.

Perte d'emploi récurrente

Si vous perdez à nouveau votre *emploi* 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 *demande d'adhésion* ne s'applique pas.

Les prestations prévues par la disposition relative à la *perte d'emploi récurrente*, qu'elles soient versées de manière continue ou en une somme forfaitaire, ne peuvent pas être versées au-delà de la *période de prestation maximale par sinistre*, tel qu'il est indiqué dans votre *demande 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 situations suivantes :

- la perte de votre *emploi* est causée par un conflit de travail, une grève ou un *lock-out*;
- la perte de votre *emploi* est attribuable à votre démission, au départ à la retraite ou à votre départ volontaire;
- la perte de votre *emploi* est causée par la malhonnêteté, la fraude, un conflit d'intérêts, le refus d'accomplir vos tâches, une inconduite volontaire ou un comportement criminel;
- vous êtes 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 d'entrée en vigueur de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion*;
- votre perte d'emploi a commencé pendant que vous étiez incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- votre employeur met fin à votre *emploi* pour un motif valable;
- votre perte d'emploi est survenue après la cessation de votre assurance;
- vous êtes en congé de maternité ou parental, ou en congé autorisé;
- vous recevez de notre part des prestations d'assurance invalidité;
- votre perte d'emploi est directement ou indirectement liée à ce qui suit :
 - a) perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
 - b) usage ou consommation de drogues, de l'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un *médecin dûment autorisé* ou pris selon les directives d'un tel *médecin*;
 - c) conduite ou contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé.
- vos prestations d'assurance-emploi ne vous sont pas versées pour quelque raison que ce soit; 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* survient dans les 60 jours suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

Dans une telle situation :

- vous pouvez faire annuler votre assurance perte d'emploi dans les 30 jours suivant la date de votre perte d'emploi et recevoir le plein remboursement de toutes les primes que vous avez acquittées pour cette couverture; ou
- vous pouvez maintenir votre assurance perte d'emploi en vigueur en prévision de l'avenir.

Cela signifie que vous aurez le droit de présenter une demande de prestations en cas de *perte d'emploi* lorsque vous aurez de nouveau *occupé un emploi* et effectué au moins 20 heures de travail par semaine, pendant 12 mois consécutifs.

Fins 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 de prestation maximale par sinistre*, tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*;
- la date d'exigibilité de votre paiement applicable à la *valeur résiduelle* ou à la *valeur de rachat*;
- 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 *demande d'adhésion*;
- la date à laquelle vous êtes incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- la date à laquelle vous participez à une quelconque *entreprise* ou activité contre rémunération ou profit;
- votre *prêt* ou votre *crédit-bail* est remboursé en entier;
- la date à laquelle prend fin votre assurance, tel qu'il est indiqué à la rubrique « Cessation de l'assurance »;
- la date à laquelle vous commencez à toucher des prestations d'invalidité pour votre *prêt* ou votre *crédit-bail*, tel qu'il est précisé dans le 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 voulant que vous soyez toujours sans *emploi*; ou
- la date de votre décès.

REMARQUE : Pour les résidents du Québec seulement : Les prestations pour perte d'emploi ne seront plus versées si, pour quelque raison que ce soit, votre assurance vie ou votre assurance invalidité prend fin (quelle que soit la couverture à laquelle vous avez adhéré).

Refinancement de votre contrat de prêt ou de crédit-bail

Par **refinancer**, on entend que vous et le *créancier* convenez de *refinancer*, remplacer, renouveler, prolonger ou modifier (collectivement, « *refinancer* ») votre *prêt ou crédit-bail assuré*. Votre couverture prévue au titre du présent guide de produit prend automatiquement fin dès que votre *prêt ou crédit-bail assuré* est *refinancé*. À moins que vous ayez souscrit une assurance de remplacement par l'entremise du *titulaire du contrat collectif*, votre *contrat de prêt ou de crédit-bail refinancé* n'est pas assuré.

Que se passe-t-il en cas de refinancement d'un contrat de prêt ou de crédit-bail?

Si vous souscrivez une assurance à l'égard d'un nouveau montant de *prêt ou crédit-bail*, un nouveau guide de produit sera établi à votre intention. Ce nouveau guide renfermera les nouvelles modalités de votre assurance et il remplacera le certificat d'assurance précédent.

Toutes les exclusions, restrictions et limitations relatives à votre nouvelle couverture entreront en vigueur à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'assurance souscrite à l'égard des nouveaux montants d'assurance. Ces exclusions, restrictions et limitations comprennent, mais sans s'y limiter, toute exclusion pertinente pour état de santé préexistant et, en ce qui a trait à l'assurance invalidité, tout délai de carence applicable.

Réduction des prestations en cas de sinistre

Si nous refusons votre demande de prestations dans le cadre de votre *contrat de prêt ou de crédit-bail refinancé* en raison d'une exclusion prévue par le nouveau guide de produit, mais que cette demande aurait été acceptée au titre du guide de produit de votre contrat initial si ce dernier n'avait pas pris fin en raison de son refinancement, nous vous verserons une prestation d'assurance vie ou des prestations d'*invalidité* dont le montant sera limité. Le montant de ces prestations sera établi en fonction du type d'assurance et du montant des prestations qui aurait été versé au titre du guide de produit du contrat initial.

Le versement de prestations effectué au titre d'un certificat antérieur est interrompu si vous transférez votre *contrat de prêt ou de crédit-bail* à une autre institution financière ou si vous souscrivez un autre produit d'assurance crédit collective offert par Co-operators Vie.

Refinancement de votre contrat de prêt ou crédit-bail lors d'une invalidité

Si vous touchez des prestations d'*invalidité* et que vous *refinancez* votre *contrat de prêt ou de crédit-bail*, vous pouvez présenter une demande d'assurance invalidité à l'égard du nouveau montant du *contrat de prêt ou de crédit-bail*. Tant que vous demeurerez *totaletement invalide*, nous vous verserons des prestations d'*invalidité*, jusqu'à l'échéance de la couverture prévue au certificat d'assurance du *contrat de prêt ou de crédit-bail* précédent, et votre assurance invalidité demeurera en vigueur.

Cependant, vos prestations d'*invalidité* ne peuvent pas excéder ce qui suit :

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

Présentation d'une demande de prestations

Déclaration de sinistre – délais importants

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

Le processus de demande de prestations diffère selon le type de demande de prestations décrit à la rubrique « Preuve de sinistre » ci-dessous.

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

C.P. 5065, 151 North Service Rd.,

Burlington, ON L7R 4C2

À l'attention du Service des règlements

Numéro sans frais :

1.800.263.9120

Numéro de télécopieur confidentiel sans frais:

1.800.897.7065

Courriel confidentiel:

claims.centre@cumis.com

Preuve de sinistre

Demande de prestation d'assurance vie

Pour présenter une demande de prestation d'assurance vie, CUMIS est le premier point de contact avec lequel votre plus proche parent ou votre représentant successoral doit communiquer. Nous coordonnerons l'obtention des formulaires de demande de prestation requis et tout autre renseignement que nous exigeons concernant votre *contrat de prêt ou de crédit-bail*.

Une fois que notre décision est prise, nous en avisons l'*administrateur*. Votre représentant successoral peut en tout temps communiquer avec nous ou avec l'*administrateur* pour connaître l'état de la demande de prestation.

REMARQUE : *Votre représentant successoral doit nous soumettre une déclaration et preuve de sinistre dans l'année qui suit la date de votre décès. Cette preuve doit comprendre une attestation de votre décès et tous les documents à l'appui que nous pouvons exiger.*

Demande de prestation du vivant ou de prestation au titre des garanties mutilation accidentelle ou paraplégie, maladies graves, invalidité et perte d'emploi

Pour présenter une demande de prestation du vivant, ou de prestation au titre des garanties mutilation accidentelle ou paraplégie, invalidité, maladies graves et perte d'emploi, veuillez communiquer avec CUMIS au 1.800.263.9120. Lorsque vous effectuez votre appel initial, nous commençons par vous poser des questions afin de valider votre identité et votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail*. L'information dont nous avons besoin pour établir votre admissibilité à l'assurance peut différer selon le type de demande de prestations.

Lorsque vous aurez soumis votre demande de prestations, 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 vos *médecins*, votre employeur ou de toute autre source que nous jugeons pertinente.

Veuillez noter que vous demeurez légalement responsable d'effectuer le paiement à l'égard du remboursement de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail* au *créancier* tout au long du processus de traitement de votre demande de prestations. Nous vous aviserons, ainsi que le *créancier*, de l'acceptation ou du refus de votre demande de prestations. Si votre demande est acceptée, nous verserons les prestations décrites dans le présent guide de produit. En cas de refus de votre demande, nous vous en expliquerons les raisons.

REMARQUE : Pour l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie, les demandes de prestation, y compris la preuve de sinistre et les documents à l'appui que nous pouvons exiger, doivent nous parvenir dans un délai d'un an à compter de la date de la perte.

*Pour la prestation du vivant ou la prestation au titre des garanties invalidité, maladies graves, perte d'emploi, 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 un diagnostic 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 dans les délais prescrits, vous devrez fournir une explication par écrit de la raison de ce retard **dans l'année** suivant la date du sinistre, ou 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 prestations

Si nous refusons votre demande de prestations et que vous n'êtes pas en accord avec notre décision, vous pouvez nous envoyer une demande officielle par écrit afin de faire réviser notre décision. Cette demande doit faire état des raisons de votre désaccord et contenir des documents justificatifs. Une fois reçue, nous examinerons votre demande et vous informerons de notre décision définitive.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime unique – Quiétude

Si vous n'êtes pas satisfait de notre décision définitive, nous vous fournissons de l'information sur les mesures à prendre pour que votre demande de révision de votre dossier soit passée de nouveau en revue. Vous pouvez également communiquer avec notre Bureau de l'ombudsman.

Courrier : Bureau de l'ombudsman
The Co-operators Group Limited
130 Macdonell Street
Guelph (Ontario) N1H 6P8

Courriel : ombuds@cooperators.ca

Téléphone : 1.877.720.6733

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

Courrier : 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 (Saskatchewan) S4P 4H2

Courriel : fcaa@gov.sk.ca

Téléphone : 1.306.787.6700

Télexcopieur : 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

Assurance vie, prestation du vivant, assurance mutilation accidentelle ou paraplégie et assurance maladies graves

Lorsque plus d'une *personne assurée* décèdent ou subissent une *mutilation accidentelle* ou *paraplégie* ou reçoivent un *diagnostic* de *maladie grave* ou de maladie en phase terminale à la même date, une seule prestation est exigible selon la première *personne assurée* à présenter une demande de prestation; l'assurance décrite dans le présent guide de produit prend alors fin. En aucun cas ne rembourserons-nous plus que le solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré et la prestation exigible ne pourra non plus dépasser l'assurance maximale offerte (à l'exclusion de la prime d'assurance).

Assurance invalidité et assurance perte d'emploi

Lorsque plus d'une *personne assurée* présentent une demande de prestations pour *invalidité totale* ou pour *perte d'emploi* au même moment, au titre du même *prêt* ou *crédit-bail assuré*, une seule prestation à la fois est exigible, indépendamment du nombre de personnes assurées au titre du *prêt* ou du *crédit-bail*. La prestation versée se limite à la *période de prestation maximale par sinistre* et la *prestation mensuelle maximale payable*.

Droits d'examen

Nous pourrions vous demander de vous soumettre à un examen effectué par un *médecin* de notre choix. Les coûts de cet examen seront à notre charge. Si vous refusez de vous soumettre à cet examen, aucune prestation ne vous sera versée.

Autres renseignements sur votre assurance

À propos de votre prime d'assurance

Prime unique s'entend d'une somme forfaitaire versée en une fois, qui représente la prime totale exigible pour toutes les garanties que vous avez souscrites. La *prime unique* est considérée correspondre au coût de votre assurance.

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

Paiement de la prime

Votre *prime unique* et toute taxe applicable exigibles sont précisées dans votre *demande d'adhésion*, sous forme de somme forfaitaire, pour chaque type d'assurance que vous avez souscrite. Cette somme est incluse dans le « montant du prêt ou du crédit-bail assuré », lequel figure aussi dans votre *demande d'adhésion*.

Rabais de prime pour assurés multiples

Si plus d'une *personne assurée*, tel qu'il est indiqué dans la *demande d'adhésion*, ont souscrit le même type d'assurance à l'égard du *prêt* ou *crédit-bail assuré*, un rabais sera appliqué à la *prime unique*.

Annulation du certificat ou du contrat

Nous nous réservons le droit d'annuler le *contrat collectif*. Dans un tel cas, le *titulaire du contrat collectif* vous avisera au moins 30 jours avant la date d'effet de l'annulation, et nous honorerons toute demande de prestations valide présentée avant cette date.

Monnaie

Toutes les sommes exigibles que nous versons ou qui nous sont versées sont en devise canadienne.

Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque

Si, à toute étape d'une demande de prestations, vous dénaturez des renseignements (c'est-à-dire, si vous fournissez des renseignements inexacts ou omettez de divulguer des renseignements) qu'il est important de faire connaître pour les besoins de l'établissement de votre assurance, votre assurance pourrait être annulée et être traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur. En cas de déclaration inexacte, nous refuserons votre demande de prestations et, sauf en cas de fraude, nous vous rembourserons votre *prime unique*, déduction faite des frais de traitement.

Erreur sur l'âge

Si vous avez fait une erreur sur votre âge lorsque vous avez souscrit l'assurance et que, en raison de votre âge véritable vous auriez été inadmissible à l'assurance crédit collective à prime unique, la responsabilité de Co-operators se limite à vous rembourser la *prime unique* acquittée, et votre assurance sera annulée et traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur. Si cela se produit, nous refuserons votre demande de prestations et nous vous rembourserons votre *prime unique*, déduction faite des frais de traitement.

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

Conformité aux lois

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

Contestabilité de l'assurance

Période de contestabilité

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

Sauf si vous indiquez des renseignements erronés concernant votre âge, une fois que votre assurance sera demeurée en vigueur pendant deux ans, nous ne vérifierons généralement votre information qu'en cas d'indice de fraude. Cette période de deux ans, parfois appelée période de contestabilité, est un concept établi par la législation provinciale en matière d'assurance.

Insatisfaction et plainte

Dans l'éventualité où nous n'aurions pas répondu à vos attentes, nous aimerions avoir l'occasion de remédier à la situation. Si vous avez une insatisfaction à l'égard de votre demande de prestations, de votre contrat ou des services que vous avez reçus, il vous suffit de suivre quelques étapes simples pour vous faire entendre. Pour commencer, consultez le site Web de notre société pour obtenir des renseignements sur notre processus de traitement des plaintes: <https://www.cooperators.ca/fr-CA/have-an-insurance-concern/compliments-concerns/life-insurance-resolution.aspx>

Comment annuler l'assurance

Votre protection d'assurance auprès de Co-operators Vie est entièrement facultative et à participation volontaire, et vous pouvez l'annuler à tout moment.

Toutefois, veuillez garder à l'esprit toute disposition de votre *contrat de prêt ou de crédit-bail* vous obligeant à souscrire une assurance à l'intention du *titulaire du contrat collectif*.

Pour annuler votre assurance, veuillez contacter *l'administrateur* au 1.855.277.8731.

Vous disposerez de 30 jours à compter de la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* pour passer en revue le présent guide de produit.

Si vous annulez votre assurance dans les 30 jours suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, sous réserve de ne pas avoir présenté de demande de prestations, vous recevrez le remboursement complet de toute *prime unique* que vous aurez acquittée, et votre 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, et un remboursement partiel de la *prime unique* sera effectué.

Remboursement de la prime unique lors de l'annulation

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

Si vous avez ajouté la *prime unique* à votre *contrat de prêt ou de crédit-bail*, le *créancier* appliquera le remboursement à la réduction ou au règlement de la somme exigible au titre du *prêt ou crédit-bail assuré*.

Le remboursement de votre *prime unique* sera calculé par *l'administrateur* selon la formule de remboursement choisie par le *titulaire du contrat collectif*.

Nous calculerons le montant du remboursement de la *prime unique* au moyen de la formule de remboursement, telle qu'elle est précisée ci-dessous, à moins que des lois exigent le recours à des méthodes de calcul différentes.

Remboursement selon la règle de 78

Si la formule de remboursement choisie par le *créancier* est la « Règle de 78 », alors le remboursement de votre *prime unique* sera calculé selon la formule indiquée ci-après :

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

Dans la formule ci-dessus :

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

Formule de remboursement au prorata :

Si la formule de remboursement choisie par le *créancier* est « Au prorata », alors le remboursement de votre *prime unique* sera calculé selon la formule indiquée ci-après :

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

Dans la formule ci-dessus :

- a) « PU » correspond à la prime unique pour votre protection d'assurance, incluant les taxes applicables;
- b) « T » correspond au nombre total de jours restants de votre période d'assurance initiale; et
- c) « N » correspond au nombre total de jours de votre période d'assurance initiale.

Formule de remboursement à intérêts simples :

Si la formule de remboursement choisie par le *créancier* est « Intérêts simples », alors le remboursement de votre *prime unique* sera calculé selon la formule indiquée ci-après :

$$\text{Formule de remboursement à intérêts simples : (SIPA au temps T) - (SIP au temps T)}$$

Où :

- a) « SIPA » correspond au solde impayé de votre prêt ou crédit-bail assuré, calculé selon le taux de crédit indiqué dans votre documentation associée au prêt ou au crédit-bail (ce taux comprend le coût de la prime unique ajouté au montant du prêt ou du crédit-bail);
- b) « SIP » correspond à ce qu'aurait été le solde impayé de votre prêt ou de votre crédit-bail si vous n'aviez pas souscrit l'assurance, calculé selon le taux d'intérêt indiqué dans votre documentation associée au prêt ou au crédit-bail (ce taux ne comprend pas le coût de la prime unique ajouté au montant du prêt ou du crédit-bail) et
- c) « temps T » correspond à la date d'annulation de votre assurance à prime unique.

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

Définitions

Dans le présent guide de produit, certains termes et certaines expressions mis en italique ont une signification bien précise. Ces termes et expressions sont expliqués dans cette partie et à d'autres endroits dans tout le document.

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

Accident vasculaire cérébral a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'est-ce qu'une maladie grave? ».

Activités habituelles de la vie quotidienne a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Termes propres à l'assurance invalidité et leur signification ».

Administrateur signifie Le Groupe financier LGM - Une division de LGM Financial Services Inc., ou tout autre *administrateur* que nous pouvons désigner de temps à autre.

Assurance maximale offerte (à l'exclusion de la prime d'assurance) a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Cancer a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'est-ce qu'une maladie grave? ».

Cancer admissible a le sens attribué à ce terme à la rubrique « EXCLUSIONS : situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas exigible ».

Cancer non admissible a le sens attribué à ce terme à la rubrique « EXCLUSIONS : situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas exigible ».

Conflit de travail s'entend d'un arrêt ou d'une interruption de travail volontaires et simultanés par un groupe d'employés dont vous faites partie, et qui agit ensemble contre un ou plusieurs employeurs dans un secteur d'activité ou un territoire donné.

Conseils ou soins médicaux ont le sens attribué à ces termes à la rubrique « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

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

Créancier s'entend de tout concessionnaire participant agréé de véhicules automobiles ou récréatifs, ou d'une institution financière à laquelle votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail* est cédé par un tel concessionnaire, tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

Crédit-bail ou **contrat de crédit-bail**

s'entend du montant de base que le *créancier* a accepté de vous consentir pour une période fixe dans le cadre d'une convention de *crédit-bail* conclue entre vous et le *créancier*, et ce, à compter de la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, et que vous avez l'obligation légale de rembourser. Il s'agit d'un contrat conclu entre vous et le *créancier* pour l'usage d'un véhicule ou d'autre équipement, sous réserve des conditions et des restrictions, pour une période déterminée et selon des modalités de paiement précisées.

Crise cardiaque a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'est-ce qu'une *maladie grave*? ».

Date d'entrée en vigueur de l'assurance s'entend de la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, précisée dans votre *demande d'adhésion*.

Date d'établissement du diagnostic s'entend de la date à laquelle un *diagnostic* définitif est posé une fois les tests terminés 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 d'une affection donnée.

Délai de carence a le sens attribué à ce terme aux rubriques suivantes :

- « Qu'est-ce qu'une *invalidité*? »
- « Qu'est-ce que la *perte d'emploi*? »

Demande d'adhésion s'entend du formulaire que vous remplissez et signez pour souscrire un ou plusieurs types d'assurance facultative et à participation volontaire dans le cadre du *contrat collectif*.

Diagnostic et **diagnostiqué** s'entendent d'un *diagnostic* définitif lié à un problème de santé, émis par écrit par un *médecin dûment autorisé* et habilité à poser ce type de *diagnostic*.

Durée maximale de l'assurance a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Effectivement au travail a le sens attribué à ce terme aux rubriques suivantes :

- « Qu'est-ce qu'une *invalidité*? » pour les prestations d'*invalidité*;
- « Qu'est-ce que la *perte d'emploi*? » pour les prestations pour *perte d'emploi*.

Emploi et **occuper un emploi** signifient être au service d'un employeur qui vous verse un traitement ou un salaire. *Occuper un emploi* ne signifie pas être un *travailleur autonome*.

Entreprise s'entend d'une *entreprise* individuelle, d'un partenariat, d'une société par actions ou de toute autre entité exploitant une *entreprise* ou une ferme ayant contracté une dette envers le *titulaire du contrat collectif* au titre du *contrat de prêt* ou de *crédit-bail*.

État de santé préexistant a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Grève signifie tout arrêt de travail attribuable à un *conflit de travail* ou à un *lock-out*.

Intérêts courus s'entend des intérêts sur le *solde impayé* de votre *prêt ou crédit-bail assuré* à compter de la date de votre dernier versement, tel qu'il est établi par le *créancier*, jusqu'à la date de votre décès, à la date où vous êtes victime d'une *mutilation accidentelle* ou devenez *paraplégique*, ou la date à laquelle vous recevez un *diagnostic* de maladie en phase terminale selon la prestation d'assurance exigible; 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 ou crédit-bail 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, la date où vous êtes victime d'une *mutilation accidentelle* ou devenez *paraplégique*, ou la date où vous recevez un *diagnostic* de maladie en phase terminale, selon le montant de prestation d'assurance exigible; ces intérêts ne doivent pas courir plus de 90 jours.

Invalidité a le sens attribué à ces termes à la rubrique « Qu'est-ce qu'une *invalidité*? ».

Invalidité concomitante a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'est-ce qu'une *invalidité*? ».

Invalidité récidivante a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'est-ce qu'une *invalidité*? ».

Invalidité totale et totalement invalide ont le sens attribué à ces termes à la rubrique « Qu'est-ce qu'une *invalidité*? ».

Lock-out signifie que, en raison d'un conflit de travail, votre employeur ferme temporairement votre lieu de travail, sans mettre fin à votre *emploi*.

Maladie grave a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'est-ce qu'une *maladie grave*? ».

Médecin dûment autorisé 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 interrompu par votre employeur (avec possibilité de reprise), et votre employeur ne vous verse pas de rémunération.

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

Mutilation accidentelle a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'entend-on par mutilation accidentelle ou par paraplégie? ».

Paraplégie ou **paraplégique** ont le sens attribué à ces termes à la rubrique « Qu'entend-on par mutilation accidentelle ou par paraplégie? ».

Période d'exclusion pour état de santé préexistant a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Période de prestation maximale par sinistre a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Personne assurée s'entend d'une personne, vous y compris, qui répond à tous les critères d'admissibilité et qui souscrit un ou plusieurs types d'assurance dans le cadre du *contrat collectif*.

Perte d'emploi a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'est-ce que la *perte d'emploi*? ».

Perte d'emploi involontaire a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Qu'est-ce que la *perte d'emploi*? ».

Perte d'emploi récurrente a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Début du versement des prestations d'assurance *perte d'emploi* ».

Prestation cumulative maximale payable a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Prestation mensuelle maximale payable a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Prestation(s) d'assurance-emploi s'entend d'un avantage pécuniaire ou tout autre avantage prévu par un programme d'assurance-emploi ou d'aide à l'emploi fédéral ou provincial.

Prêt ou contrat de prêt s'entend d'un prêt que le *créancier* a consenti à vous prêter, pendant une durée déterminée telle qu'indiquée dans votre contrat de financement.

Prêt ou crédit-bail assuré s'entend du montant assuré de votre *contrat de prêt* ou de *crédit-bail* pour lequel vous avez souscrit l'assurance et pour lequel vous avez acquitté la *prime unique* demandée. Le montant d'assurance souscrit à l'égard du *contrat de prêt* ou de *crédit-bail* peut être inférieur à celui du *montant du prêt* ou du *crédit-bail* (à l'exclusion de l'assurance à *prime unique*).

Prime unique a le sens attribué à ce terme à la rubrique « À propos de votre *prime d'assurance* ».

Professionnel de la santé a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

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

Refinancer a le sens attribué à ce terme à la rubrique « Refinancement de votre contrat de prêt ou de crédit-bail ».

Retour au travail s'entend de la date à laquelle la *personne assurée* retourne au travail à temps partiel, à temps plein ou progressivement, ou est en affectation temporaire, que ce soit pour y accomplir ses tâches habituelles ou d'autres tâches.

Soins médicaux appropriés signifie que vous recevez des traitements médicaux. Cela comprend notamment le fait de prendre des pilules ou tout médicament sur 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 prestations. Selon notre évaluation, le traitement doit être suffisamment efficace pour vous permettre de vous rétablir et de restaurer rapidement votre capacité fonctionnelle, notamment en participant à un programme d'ergothérapie, 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 de la valeur actuelle des paiements à effectuer à l'égard de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail* (à l'exception du montant de la *valeur résiduelle* ou de la *valeur de rachat*) et est établie selon le moindre des montants suivants :

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

Spécialiste s'entend d'un *médecin dûment autorisé* ayant été formé dans le domaine particulier de la médecine se rapportant à la *maladie grave* assurée pour laquelle une demande de prestation 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 dûment autorisé* compétent et pratiquant au Canada peut diagnostiquer un problème de santé.

Suicide a le sens attribué à ce terme à la rubrique « EXCLUSIONS : situations où la prestation d'assurance vie n'est pas exigible »

Titulaire du contrat collectif s'entend du *titulaire du contrat collectif* ou du concessionnaire, tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*.

Travailleur autonome s'entend de personne qui effectue un travail contre rémunération directement à partir d'une *entreprise* dont elle est propriétaire, incluant un métier, un *emploi*, une profession, un partenariat, une corporation ou une autre entité dans laquelle elle possède des intérêts suffisamment importants pour qu'elle soit en mesure d'influencer, de contrôler ou de diriger son *emploi* permanent et futur.

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

Valeur résiduelle ou **valeur de rachat**, tel qu'il est indiqué dans votre *demande d'adhésion*, s'entend d'un paiement effectué en un versement unique et qui est exigible à l'échéance de votre *prêt* ou de votre *crédit-bail*. Ce montant n'est pas assuré au titre de l'assurance à *prime unique*.

Votre vie privée est importante pour nous

À La Compagnie d'assurance-vie Co-operators, 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, au besoin, 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, aux sociétés affiliées de La Compagnie d'assurance-vie Co-operators ou à toute entité avec qui le *titulaire du contrat collectif* ou La Compagnie d'assurance-vie Co-operators a pris des dispositions pour 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 obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques de confidentialité, veuillez consulter les pages Web aux adresses suivantes : www.cooperators.ca et www.lgm.ca/privacy. Si vous avez des questions sur la protection de vos renseignements personnels, appelez-nous sans frais au 1.800.510.8372, envoyez-nous un courriel à l'adresse customerservice@lgm.ca, ou écrivez-nous à l'adresse suivante : La Compagnie d'assurance-vie Co-operators, a/s Le Groupe financier LGM, 1021, rue West Hastings, bureau 400, Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 03C, à l'attention de l'agent de protection de la vie privée.

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Service à la clientèle – 1.855.277.8731

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

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