

Certificat d'assurance-crédit collective CreditRelief™

La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (l'« assureur »), a établi une police d'assurance collective et s'engage à fournir une assurance conformément aux conditions de la police collective. L'assurance prévue par la police est facultative. Les principales conditions de la police sont résumées dans la demande d'assurance (la « demande ») et le certificat d'assurance (le « certificat ») du demandeur. En cas de divergence entre ces documents et la police collective, celle-ci prévaut.

Si, après avoir examiné le certificat, le demandeur n'est pas satisfait de l'assurance et qu'il en demande l'annulation dans les trente (30) jours suivant la date d'établissement du certificat, le plein montant de la prime versée sera remboursé pourvu qu'aucune demande de règlement n'ait été présentée. Le demandeur peut annuler l'assurance en tout temps.

SECTION 1 – DÉFINITIONS

« **Accident** » : un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

« **Administrateur** » : Reinsurance Management Associates, Inc., société située au 170, avenue University, Bureau 500, Toronto, Ontario M5H 3B3, et qui est l'administrateur nommé par l'assureur pour gérer la police d'assurance collective en son nom.

« **Blessure** » : une blessure corporelle causée uniquement par un accident et qui entraîne l'invalidité totale ou l'invalidité par accident du demandeur.

« **Créancier** » : un établissement de crédit ou un organisme qui a accordé un prêt à un demandeur. Aux fins du présent document, toute référence au titulaire de la police inclut le créancier.

« **Date d'entrée en vigueur de l'assurance** » : la dernière à survenir des dates suivantes :

- la date à laquelle le montant du prêt est versé;
- la date à laquelle la demande est signée, si aucune tarification médicale n'est nécessaire;
- la date à laquelle la demande est approuvée par l'assureur, si une sélection médicale est requise.

« **Demandeur** » : un client (ou des clients) du titulaire de la police qui a demandé d'être assuré en vertu de la police collective et qui satisfait à toutes les conditions d'admissibilité de la SECTION 2.

« **Dettes** » : le solde impayé du prêt ou, dans le cas d'un contrat de location, la somme des paiements restants. Cependant, tout montant en défaut, ou tout montant payé par le demandeur, ne fait pas partie de la dette et, par conséquent n'est pas couvert par l'assurance.

« **Dettes assurées** » : la dette multipliée par le montant d'assurance (capital) indiqué dans la demande, divisée par le montant financé comme il est indiqué dans la demande.

« **État de santé préexistant** » : une maladie, une affection ou un état physique qui a nécessité ou pour lequel ont été recommandés des conseils médicaux, une consultation, un diagnostic ou un traitement au cours des douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, et qui a causé, directement ou indirectement, le décès, le début de l'invalidité totale ou de l'invalidité accidentelle au cours des douze (12) mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

« **Invalidité par accident** » ou « **invalide par accident** » :

- l'état qui résulte d'une blessure et qui pendant les douze (12) premiers mois, exige les soins continus d'un médecin et empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de sa profession, et durant toute période après la période initiale de douze (12) mois, empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de toute profession pour laquelle il est raisonnablement qualifié de par ses études, sa formation ou son expérience, indépendamment de la disponibilité d'emploi;
- si le demandeur est sans emploi quand survient l'invalidité, un état qui résulte d'une blessure pour lequel le demandeur reçoit les soins continus d'un médecin, et qui empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de toute profession pour laquelle il est raisonnablement qualifié de par ses études, sa formation ou son expérience, indépendamment de la disponibilité d'emploi.

« **Invalidité totale** » ou « **totalelement invalide** » :

- l'état qui résulte d'une blessure ou d'une maladie et qui pendant les douze (12) premiers mois, exige les soins continus d'un médecin et empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de sa profession, et durant toute période après la période initiale de douze (12) mois, empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de toute profession pour laquelle il est raisonnablement qualifié de par ses études, sa formation ou son expérience, indépendamment de la disponibilité d'emploi;
- si le demandeur est sans emploi quand survient l'invalidité, un état qui résulte d'une blessure ou d'une maladie et pour lequel le demandeur reçoit les soins continus d'un médecin et qui empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de toute profession pour laquelle il est raisonnablement qualifié de par ses études, sa formation ou son expérience, indépendamment de la disponibilité d'emploi.

« **Maladie** » : une affection ou un état pathologique qui survient et qui entraîne l'invalidité totale du demandeur.

« **Médecin** » : une personne dûment habilitée à exercer la médecine au Canada dans les limites de son permis d'exercice en tant que docteur en médecine (M.D.). Cette personne ne peut pas être le demandeur ni son conjoint ou conjoint de fait, ni un membre de la famille du demandeur ni de son conjoint ou conjoint de fait, ni une personne qui a une relation d'affaires avec le demandeur.

« **Montant résiduel** » : un montant forfaitaire qui est dû à la date d'échéance du prêt.

« **Non-rétroactif** » : une période de prestations qui commence après une période d'attente de trente (30) ou de quatre-vingts dix (90) jours à compter de la date d'invalidité totale, de la date d'invalidité en cas d'accident ou de la date de perte d'emploi, selon le cas.

« **Période d'attente** » : le nombre de jours pendant lesquels le demandeur doit être dans un état d'invalidité totale et continue, dans un état d'invalidité accidentelle ou en période de perte d'emploi involontaire pour être admissible aux prestations.

« **Police collective** » : une police collective d'assurance-crédit établie par l'assureur à l'intention du titulaire de la police.

« **Prêt** » : le prêt ou le contrat de location que le créancier établit à l'intention du demandeur, comme il est indiqué dans la demande.

« **Programme de traitement** » : un programme de traitement raisonnable, courant et systématique dont les soins sont fournis ou prescrits par un médecin, et dont la nature et la fréquence correspondent à ce qu'exige normalement la maladie ou l'état de santé traité. De plus, lorsque l'assureur le juge nécessaire compte tenu de la gravité de la maladie ou de l'état de santé, il peut exiger que le programme de traitement soit donné ou supervisé par un spécialiste autorisé du domaine lié à la maladie ou à l'état de santé traité.

« **Rétroactif** » : qualifie une période de prestations qui commence à la date d'invalidité totale, pourvu que la période d'attente de trente (30) jours ait pris fin.

« **Titulaire de la police** » : un organisme pour lequel a été établie une police collective et qui est autorisé par l'assureur à offrir une assurance aux demandeurs. Aux fins du présent document, toute référence au créancier inclut le titulaire de la police.

SECTION 2 – CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à toute protection offerte par la police d'assurance collective, le demandeur doit remplir les conditions suivantes à la date d'entrée en vigueur de l'assurance :

- être une personne physique (les sociétés de personnes, les sociétés par actions ou autres entreprises ne sont pas admissibles à l'assurance);
- être un résident canadien;
- être âgé d'au moins dix-huit (18) ans;

d) avoir moins de soixante-dix (70) ans en ce qui concerne l'assurance-vie ou l'assurance en cas de décès par accident;

e) être âgé de moins de soixante-six (66) ans en ce qui concerne l'assurance en cas d'invalidité totale ou pour la Protection en cas de perte d'emploi Plus.

En plus des éléments a) à e) ci-dessus, et pour être admissible à l'assurance en cas d'invalidité totale, le demandeur :

a) doit occuper un emploi rémunérateur et avoir travaillé activement contre salaire ou profit au moins vingt-cinq (25) heures par semaine pendant trente (30) jours consécutifs immédiatement avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;

b) si le demandeur est un travailleur autonome ou s'il a comme travail habituel un emploi saisonnier pour lequel l'horaire régulier de travail prévoit une mise à pied ou un arrêt de travail, il doit :

- travailler au moins vingt-cinq (25) heures par semaine pendant la saison de travail;
- avoir ainsi travaillé pendant treize (13) semaines consécutives durant la période de douze (12) mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
- être en mesure d'accomplir les fonctions régulières de son emploi;
- avoir travaillé au cours de la dernière saison de travail et détenir les preuves d'emploi nécessaires.

En plus des éléments a) à e) ci-dessus et pour être admissible à la Protection en cas de perte d'emploi Plus, le demandeur :

a) doit occuper un emploi rémunérateur et avoir travaillé activement contre salaire ou profit au moins vingt-cinq (25) heures par semaine pendant trente (30) jours consécutifs immédiatement avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;

- b) ne doit pas :
- occuper un emploi saisonnier;
 - être un entrepreneur indépendant;
 - être un travailleur autonome;
 - être un actionnaire majoritaire de sa propre entreprise;
 - être employé par un membre de sa famille immédiate.

SECTION 3 – ASSURANCE-VIE OU ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT

L'assurance-vie ou l'assurance en cas de décès par accident ne prennent effet que si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité de la SECTION 2 et s'il a versé la prime d'assurance indiquée dans la demande.

Prestations

Le paiement des prestations prévues par l'assurance-vie ou l'assurance en cas de décès par accident est assujéti aux conditions du certificat et de la police collective.

Assurance-vie

Sur réception d'une preuve satisfaisante du décès du demandeur, l'assureur versera au créancier une prestation d'assurance-vie. Cette prestation est égale au montant de la dette assurée à la date du décès plus le montant résiduel assuré, le cas échéant. La prestation ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants : i) le montant d'assurance (capital) plus le montant d'assurance (résiduel), indiqué dans la demande ou ii) 200 000 \$.

Assurance en cas de décès par accident

Sur réception d'une preuve satisfaisante du décès du demandeur à la suite d'un accident seulement, l'assureur versera au créancier une prestation d'assurance en cas de décès par accident. La prestation est égale au montant de la dette assurée à la date du décès plus le montant résiduel assuré, le cas échéant. La prestation ne peut dépasser le moins élevé des montants suivants : i) le montant d'assurance (capital) plus le montant d'assurance (résiduel) indiqué dans la demande ou ii) 200 000 \$.

Restrictions

- En aucun cas, la prestation ne peut dépasser un montant total maximal de 200 000 \$, lorsqu'elle est combinée avec toutes les autres prestations payées en vertu des présentes.
- Si une assurance conjointe est souscrite et si les deux demandeurs décèdent, l'assureur ne verse qu'une seule prestation.

Exclusions

Aucune prestation n'est versée pour un sinistre qui résulte directement ou indirectement :

- d'un état de santé préexistant;
- d'une guerre ou d'un acte de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non;
- d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou d'une blessure infligée intentionnellement dans les deux (2) années suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, que le demandeur soit sain d'esprit ou non;
- d'un vol à bord d'un aéronef effectuant des vols non réguliers;
- d'un empoisonnement, d'une intoxication, de l'abus d'alcool ou de drogues;
- de la commission ou de la tentative de commission d'une infraction criminelle.

SECTION 4 – ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

L'assurance en cas d'invalidité totale ne prend effet que si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité de la SECTION 2, et s'il a payé la prime d'assurance indiquée dans la demande.

Prestations

Le paiement de toute prestation en vertu de l'assurance en cas d'invalidité totale est assujéti aux conditions du certificat et de la police collective.

Assurance en cas d'invalidité totale

Sur réception d'une preuve satisfaisante indiquant que le demandeur est totalement invalide, l'assureur versera au créancier une prestation égale à 1/30^e du montant d'assurance (mensuel) indiqué dans la demande, pour chaque jour d'invalidité totale continue. La prestation est mensuelle.

Période de prestations

Le début de la période de prestations dépend de la période d'attente choisie dans la demande. Veuillez consulter les définitions des mots « rétroactif » et « non-rétroactif » à la SECTION 1.

La période de prestations pour un demandeur prend fin à la première à survenir des dates suivantes :

- la date à laquelle ce demandeur n'est plus totalement invalide ou retourne au travail à temps partiel ou à temps plein ou n'est plus disponible pour travailler au Canada, selon la première de ces dates;
- la date à laquelle l'assureur demande au demandeur une preuve de continuité de l'invalidité totale, si le demandeur ne soumet pas cette preuve dans les trente (30) jours de la demande;
- la date à laquelle l'assureur demande au demandeur de subir un examen médical par un médecin ou par un autre praticien nommé par l'assureur, si le demandeur ne se soumet pas à un tel examen dans les trente (30) jours de la demande;
- la date de remboursement intégral du prêt;
- la date d'expiration de la durée de l'assurance indiquée dans la demande applicable à l'assurance en cas d'invalidité totale du demandeur;
- la date à laquelle ce demandeur atteint l'âge de soixante-six (66) ans;
- la date à laquelle le demandeur ne participe pas à un programme de traitement et ne coopère pas pour participer à un tel programme;
- la date à laquelle le demandeur prend sa retraite pour toute raison, y compris mais sans s'y limiter, une retraite volontaire, obligatoire ou à la suite d'une invalidité.

Restrictions

- Le montant d'assurance (mensuel) indiqué dans la demande ne peut dépasser 3 500 \$ par mois, jusqu'à

concurrence d'un montant total maximal de 200 000 \$, lorsqu'il est combiné avec toutes les autres prestations payées en vertu des présentes.

- b) Une invalidité totale récurrente qui survient dans les cent quatre-vingts (180) jours d'une période d'invalidité totale précédente pour laquelle le demandeur a reçu des prestations et qui est attribuable à la même cause est considérée comme la prolongation de la période précédente. Les prestations non utilisées et restantes de la première période ne feront pas l'objet d'une deuxième période d'attente.
- c) Si une assurance conjointe est souscrite et si les deux demandeurs sont totalement invalides en même temps, les prestations ne sont versées qu'à un seul demandeur.
- d) Les prestations d'assurance invalidité totale ne sont pas versées en même temps que les prestations de la Protection en cas de perte d'emploi Plus.
- e) Si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une blessure ou de troubles du dos ou du cou, y compris mais non de façon limitative des problèmes des vertèbres lombaires, thoraciques ou cervicales, le demandeur doit être suivi par un spécialiste agréé comme un neurologue, un neurochirurgien, un physiatre, un chirurgien orthopédiste ou un rhumatologue. La période de prestations ne peut dépasser six (6) mois pour une telle invalidité totale.
- f) Si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une maladie, une affection ou un trouble mental, nerveux, psychologique, émotionnel ou comportemental, le demandeur doit recevoir les soins continus d'un spécialiste en psychiatrie. Les demandeurs qui sont sur une liste d'attente ne sont pas admissibles à des prestations. La période de prestations d'une invalidité totale ne peut dépasser six (6) mois.

Exclusions

Aucune prestation n'est versée si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement :

- a) d'un état de santé préexistant;
- b) d'une guerre ou d'un acte de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non;
- c) d'une tentative de suicide ou d'une blessure infligée intentionnellement, que le demandeur soit sain d'esprit ou non;
- d) d'un vol à bord d'un aéronef effectuant des vols non réguliers;
- e) de l'abus d'alcool ou de drogues autres que celles qui sont légalement prescrites par un médecin;
- f) de la commission ou de la tentative de commission d'une infraction criminelle;
- g) d'un accouchement, d'un avortement, d'une grossesse, des complications d'une grossesse ou d'une fausse-couche.

SECTION 5 – PROTECTION EN CAS DE PERTE D'EMPLOI PLUS

La Protection en cas de perte d'emploi Plus ne prend effet que si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité de la SECTION 2, et s'il a versé la prime d'assurance indiquée dans la demande.

Prestation

Le paiement des prestations de la Protection en cas de perte d'emploi Plus est assujéti aux conditions du certificat et de la police collective.

Protection en cas de perte d'emploi Plus

Sur réception d'une preuve satisfaisante indiquant que le demandeur est accidentellement invalide à la suite d'une blessure ou qu'il a perdu involontairement son emploi, l'assureur versera au créancier une prestation égale à 1/30^e du montant d'assurance (mensuel) indiqué dans la demande, pour chaque jour d'une période continue d'invalidité accidentelle ou de perte involontaire d'emploi. La prestation est mensuelle.

Période de prestations

La période de prestations commence à la date suivant l'expiration d'une période d'attente non-rétroactive de trente (30) jours.

La période de prestations prend fin à la première à survenir des dates suivantes :

- a) la date à laquelle le demandeur n'est plus invalide par accident ou retourné au travail à temps partiel ou à temps plein ou n'est plus disponible pour travailler au Canada, selon la première éventualité;
- b) la date à laquelle six (6) versements de prestation sont effectués;
- c) la date à laquelle l'assureur exige du demandeur une preuve de la continuité de son invalidité par accident ou du maintien de son statut de personne en période de perte d'emploi involontaire et que cette preuve n'est pas fournie dans les trente (30) jours suivant la demande;
- d) la date à laquelle l'assureur exige du demandeur de subir un examen médical par un médecin ou par un autre praticien nommé par l'assureur et que le demandeur ne se soumet pas à un tel examen dans les trente (30) jours suivant la demande;
- e) la date de remboursement intégral du prêt;
- f) la date d'expiration de la durée de l'assurance indiquée dans la demande applicable à la Protection en cas de perte d'emploi Plus pour ce demandeur a expiré;
- g) la date à laquelle ce demandeur atteint l'âge de soixante-six (66) ans;
- h) la date à laquelle le demandeur ne participe pas à un programme de traitement et ne coopère pas pour participer à un tel programme;
- i) la date à laquelle le demandeur prend sa retraite pour toute raison, y compris mais sans s'y limiter, une retraite volontaire, obligatoire ou à la suite d'une invalidité.

Conditions supplémentaires

Afin que les prestations en cas de perte d'emploi involontaire soient versées, le demandeur doit :

- a) fournir une preuve qu'il a reçu les prestations prévues par le régime d'assurance-emploi du gouvernement du Canada dans les dix (10) jours de la réception de chaque paiement;
- b) fournir une copie de l'avis écrit de cessation d'emploi (relevé d'emploi) remis par son employeur;
- c) fournir une copie de toute correspondance, de tout avis ou de tout document reçu par le demandeur d'un ministère ou d'un organisme du gouvernement ayant compétence relativement à la Loi sur l'assurance-emploi (Canada) ou toute loi qui remplacerait cette dernière, dans les dix (10) jours de la réception d'un tel document.

Restrictions

- a) Le montant d'assurance (mensuel) indiqué dans la demande ne peut dépasser 3 500 \$ par mois, jusqu'à concurrence d'un montant total maximal de 200 000 \$, lorsqu'il est combiné avec toutes les autres prestations payées en vertu des présentes.
- b) Une invalidité accidentelle récurrente qui survient dans les cent quatre-vingts (180) jours d'une période d'invalidité accidentelle précédente pour laquelle le demandeur a reçu des prestations et qui est attribuable à la même cause est considérée comme la prolongation de la période précédente. Les prestations non utilisées et restantes de la première période ne font pas l'objet d'une deuxième période d'attente.
- c) Une période de perte d'emploi involontaire qui débute dans les cent quatre-vingts (180) jours suivant la fin d'une période précédente de perte d'emploi involontaire pour laquelle le demandeur a reçu des prestations est considérée comme la continuation de la période précédente. Les prestations non utilisées et restantes de la première période ne font pas l'objet d'une deuxième période d'attente.
- d) Si une assurance conjointe est souscrite et si les deux demandeurs souffrent d'une invalidité par accident ou d'une perte d'emploi involontaire en même temps, les prestations ne sont versées qu'à un seul demandeur.
- e) Les prestations d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire ne sont pas versées en même temps que les prestations de toute assurance invalidité.
- f) Les prestations de la Protection en cas de perte d'emploi Plus ne sont pas versées en même temps que les prestations de l'assurance en cas d'invalidité totale.

Exclusions

Les prestations d'assurance en cas d'invalidité par accident ne sont pas versées si l'invalidité par accident résulte directement ou indirectement de l'une des exclusions énumérées à la SECTION 4 ci-dessus.

Les prestations d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire ne sont pas versées dans les cas suivants :

- a) une perte d'emploi involontaire qui commence au cours de la période de quatre-vingts dix (90) jours qui suit la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
- b) la perte d'un emploi autonome;
- c) une perte d'emploi involontaire qui résulte directement ou indirectement :
 - i. d'une mise à pied saisonnière;
 - ii. de l'expiration d'un contrat de travail d'une durée fixe;
 - iii. d'un licenciement motivé;
 - iv. d'une démission volontaire ;
 - v. d'une retraite volontaire ou obligatoire;
 - vi. d'un congé de maternité ou d'un congé parental;
 - vii. de fausses déclarations, d'une fraude, d'une activité criminelle, d'un conflit d'intérêts, d'une mauvaise conduite volontaire ou du refus d'accomplir les fonctions liées à son poste;
 - viii. d'un lock-out ou d'une grève;
 - ix. d'une mise à pied ou d'un programme de réduction du personnel annoncés par l'employeur avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
 - x. d'une invalidité par accident qui survient pendant que l'assurance est en vigueur et pour laquelle une demande de règlement valide pourrait être présentée en vertu de toute assurance invalidité;
 - xi. de l'expiration d'un contrat de travail avec une agence de travail temporaire.

SECTION 6 – DEMANDES DE RÈGLEMENT

Pour présenter une demande de règlement en vertu de la police d'assurance collective, le demandeur, son mandataire ou le créancier doit demander un formulaire de demande de règlement à l'administrateur dans les quatre-vingts dix (90) jours qui suivent l'événement donnant lieu à la demande. L'avis de sinistre peut être donné par écrit ou par téléphone. Le formulaire de demande de règlement est fourni dans les quinze (15) jours qui suivent la réception de l'avis de sinistre.

Le demandeur ou le créancier doit fournir à l'administrateur une preuve de décès, d'invalidité ou de perte d'emploi involontaire satisfaisante pour l'assureur, au cours de la période d'un (1) an à compter de la date du décès, s'il s'agit d'une demande de prestation d'assurance-vie ou en cas de décès par accident, ou au cours de la période de quatre-vingts dix (90) jours, à compter de la date d'invalidité ou de perte d'emploi involontaire, dans le cas d'une demande de règlement d'assurance invalidité totale ou de Protection en cas de perte d'emploi Plus.

Le défaut de donner un avis de sinistre dans le délai indiqué ci-dessus n'entraîne pas la nullité de la demande de règlement si l'avis est donné dès qu'il est raisonnablement possible de le faire mais pas plus tard qu'un (1) an après la date de l'événement donnant lieu à la demande, s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un tel avis dans les limites du délai prévu.

Le défaut par le demandeur d'accomplir toute mesure requise par l'assureur ou de fournir à l'assureur les renseignements ou les documents requis libère l'assureur de tout paiement de prestations. Dans le cas d'un tel défaut, le créancier peut, dans la mesure du possible, prendre des mesures ou fournir des renseignements à l'assureur qui sont exigés du demandeur. Le demandeur assume l'entière responsabilité du paiement de la dette jusqu'à ce qu'il, ou que le créancier, remédie à un tel manquement.

Lorsqu'une demande ne requiert pas une tarification par l'assureur, le défaut par le titulaire de la police de présenter la demande ou de verser la prime à l'assureur ne porte pas préjudice aux droits du demandeur pourvu que :

- a) le défaut résulte d'une erreur ou d'une omission involontaires;
- b) le titulaire de la police soit en possession d'une demande dûment remplie et signée;
- c) le titulaire de la police fasse parvenir promptement à l'assureur la demande ou la prime, selon le cas, aussitôt qu'il prend connaissance de l'erreur ou de l'omission.

SECTION 7 – FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance du demandeur prend fin d'office à la première à survenir des dates suivantes :

- a) la date à laquelle le prêt est intégralement remboursé ou liquidé;
- b) la date de reprise par le créancier du bien qui sert de garantie au prêt;
- c) la date à laquelle l'administrateur reçoit du demandeur un avis écrit l'informant de la résiliation de l'assurance;
- d) la date à laquelle le prêt est renégocié, transféré à un autre créancier ou pris en charge par un autre débiteur;
- e) la date à laquelle ce demandeur prend sa retraite pour toute raison, y compris mais sans s'y limiter une retraite volontaire, obligatoire ou à la suite d'une invalidité, en ce qui concerne l'assurance en cas d'invalidité totale ou la Protection en cas de perte d'emploi Plus,
- f) la date à laquelle une prestation d'assurance-vie ou d'assurance en cas de décès par accident est versée;
- g) la date à laquelle ce demandeur atteint l'âge de soixante-treize (73) ans en ce qui concerne l'assurance-vie ou l'assurance en cas de décès par accident, ou l'âge de soixante-six (66) ans en ce qui concerne l'assurance en cas d'invalidité totale ou la Protection en cas de perte d'emploi Plus;
- h) la date à laquelle la durée de l'assurance indiquée dans la demande applicable à la protection du demandeur a expiré, dans le cas d'une couverture spécifique.

Si l'assurance prend fin pour l'un des motifs énoncés aux points a) à e) ci-dessus, toute prime non acquise, moins les frais de police et toute prestation versée, est remboursée au créancier qui affectera le montant au remboursement du prêt. Si le montant du remboursement dépasse le montant exigible sur le prêt, l'excédent est remis au demandeur. Le remboursement est calculé conformément à la formule de la « Règle 78 » et sera assujéti à des frais de traitement de 100 \$, qui seront déduits du montant remboursé. Le remboursement des montants de moins de 10 \$ n'est pas effectué.

Les demandes de règlement présentées relativement à sinistre qui s'est produit avant la date de fin de l'assurance indiquée ci-dessus sont traitées conformément aux conditions de l'assurance même si la date de fin de l'assurance est passée.

SECTION 8 – GÉNÉRALITÉS

La demande, le certificat et la police collective forment la police d'assurance intégrale. Toute dissimulation ou fausse déclaration de la part du demandeur dans la demande qui a une incidence sur son assurabilité peut entraîner l'annulation de l'assurance.

Toute action ou poursuite contre un assureur dans le but de recouvrer des sommes payables par l'assureur en vertu du contrat est absolument interdite à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai prescrit par la Loi sur les assurances, la Loi sur la prescription des actions ou par toute autre loi applicable dans la province ou le territoire du demandeur.

Le demandeur a le droit d'obtenir une copie de la demande d'assurance, de toute déclaration écrite ou de tout autre document qui ne fait pas partie de la demande d'assurance mais qui a été remis à l'assureur à titre de preuve d'assurabilité du demandeur assuré. Le demandeur assuré a le droit d'obtenir une copie de la police collective moyennant un préavis raisonnable.

L'assureur a le droit de mener les enquêtes nécessaires liées aux demandes d'assurance et aux demandes de règlement. Il a aussi le droit d'obtenir des évaluations médicales ou professionnelles au besoin.

Seul le créancier peut céder ou transférer les droits ou les garanties prévues par l'assurance à une autre personne. Aucune cession ni aucun transfert ne prendra effet avant que l'administrateur ne reçoive un avis écrit à cet égard.

Pour de plus amples renseignements sur les garanties ou d'autres dispositions du certificat ou si vous souhaitez déposer une plainte, veuillez communiquer avec l'administrateur.