

Assurance pour votre *Prêt* ou votre *Crédit-bail* automobile

Quiétude - Certificat d'assurance

Assurance crédit collective à *Prime unique*
(*Vie, Mutilation accidentelle ou Paraplégie, maladies graves, et Invalidité*)

Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Avec qui communiquer

Administrateur

Les Services Administratifs en Assurance Collective LGM
1111, boul. Dr.-Frederik-Philips, bureau 450
Saint-Laurent (Québec) H4M 2X6
Pour toute question sur votre assurance, n'hésitez pas à appeler l'*Administrateur*
Service à la clientèle: 1.866.287.6200.

Assureur

Co-operators Compagnie d'assurance-vie
1900, rue Albert
Regina (Saskatchewan) S4P 4K8
Numéro sans frais : 1.855.587.8595
<https://www.cooperators.ca/fr-CA>

Distributeur

Demandes de règlement

CUMIS, une division de Co-operators Compagnie d'assurance-vie
C.P. 5065, 151 North Service Rd.,
Burlington (Ontario) L7R 4C2
À l'attention du Service des règlements
Numéro sans frais : 1.800.263.9120
Numéro de télécopieur confidentiel sans frais : 1.800.897.7065
Courriel : claims.centre@cumis.com

L'assurance crédit collective à *Prime unique* est souscrite auprès de Co-operators Compagnie d'assurance-vie et est administrée par Les Services Administratifs en Assurance Collective 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.

SécurAuto et le logo de SécurAuto sont des marques déposées appartenant au Groupe financier LGM - une division de LGM Financial Services inc. et sont utilisés sous licence par les Services administratifs en assurance collective de LGM.

Table des matières

Introduction.....	3	Fausse déclarations	11
L'assurance à <i>Prime unique</i>	3	Erreur sur l'âge.....	11
Certificat d'assurance	3	Conformité aux lois.....	11
Aperçu des garanties.....	3	Contestabilité de l'assurance	11
Critères d'admissibilité à tous les types d'assurance	3	Comment annuler l'assurance.....	12
Entrée en vigueur de l'assurance	3	Remboursement de la Prime unique lors de l'annulation.....	12
Fin de l'assurance.....	3	Formule de remboursement au la règle de 78:.....	12
Limites relatives aux prestations d'assurance.....	4	Formule de remboursement au prorata :	12
Réduction des prestations d'assurance	4	Définitions.....	13
Exclusion relative à un <i>État de santé préexistant</i>	4		
EXCLUSIONS applicables à toutes les garanties ("Exclusions générales").....	5		
Assurance-vie	5		
Prestation du vivant.....	5		
EXCLUSIONS applicables à la prestation d'assurance vie et à la prestation du vivant.....	5		
Assurance Mutilation accidentelle ou Paraplégie.....	6		
EXCLUSIONS applicables à la prestation en cas de <i>Mutilation accidentelle</i> ou de <i>Paraplégie</i>	6		
Assurance maladies graves.....	6		
Adhésion à l'assurance.....	6		
Prestation d'assurance maladies graves.....	6		
Maladie grave.....	6		
EXCLUSIONS applicables à la prestation d'assurance maladies graves.....	7		
Assurance Invalidité.....	8		
Prestation d'assurance Invalidité.....	8		
Invalidité.....	8		
Totalement invalide et Invalidité totale.....	8		
Début du versement des prestations d'Invalidité.....	9		
EXCLUSIONS applicables à la prestation d'Invalidité.....	9		
Fin des prestations Invalidité	9		
Refinancement de votre contrat de prêt ou de crédit-bail.....	9		
Que se passe-t-il en cas de refinancement d'un contrat de prêt ou de Crédit-bail?.....	9		
Réduction des prestations en cas de sinistre	9		
Refinancement de votre contrat de prêt ou crédit- bail lors d'une Invalidité.....	10		
Présentation d'une demande de prestations.....	10		
Déclaration de sinistre et délai de carence – délais importants...	10		
Autres renseignements importants sur les demandes de prestations.....	10		
Recours en cas de refus de votre demande de prestations.....	10		
Délais importants pour intenter une poursuite en justice.....	11		
Sinistres concomitants.....	11		
Autres renseignements à propos de votre assurance.....	11		
À propos de votre prime d'assurance	11		

Introduction

L'assurance à Prime unique

L'assurance crédit collective à Prime unique souscrite auprès de Co-operators est un produit d'assurance facultative à participation volontaire qui procure une protection 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 indiquées dans le présent Certificat.

Certificat d'assurance

Le présent certificat d'assurance (« Certificat ») décrit l'assurance facultative à participation volontaire que vous avez souscrite. Veuillez lire attentivement le présent document avec la copie de votre Demande d'adhésion à l'assurance que le Titulaire du contrat collectif vous a remise.

Le présent Certificat renferme des renseignements importants sur votre assurance, y compris les exclusions, restrictions et limitations applicables à votre couverture et vos garanties. Ce document 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.

En cas de divergence entre le présent document et le Contrat collectif, les dispositions du Contrat collectif prévalent.

Le Contrat collectif et le présent Certificat ne sont pas participatifs, ce qui signifie que votre assurance n'a pas de valeur de rachat et qu'il n'y a pas de versement de participation.

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. Vous avez également le droit d'examiner et d'obtenir une copie de certaines autres déclarations ou données que vous nous avez fournies, sous réserve des modalités et conditions applicables.

Certains termes figurant dans le présent Certificat ont une signification précise. Ces termes sont expliqués à la rubrique « Définitions » ainsi que dans d'autres parties de du présent Certificat.

Dans le présent Certificat, 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 certificat.

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

Les modalités et conditions de votre assurance se trouvent dans :

- votre Demande d'adhésion;
- le présent Certificat; et
- le Contrat collectif et toute modification à celui-ci.

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

Aperçu des garanties

- Assurance vie (incluant la prestation du vivant, l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie)
- Assurance Mutilation accidentelle ou Paraplégie
- Assurance maladies graves (soumis à l'exclusion pour État de santé préexistant relatif à un cancer)
- Assurance Invalidité

Versement des prestations

Si elles sont exigibles, les prestations d'assurance seront versées au Créancier qui imputera 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'admissibilité à tous les types d'assurance

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

Vous pouvez adhérer aux garanties d'assurance vie (laquelle comprend la prestation du vivant et l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie), maladies graves, et Invalidité à l'égard de votre contrat de prêt ou de Crédit-bail, si à la Date d'entrée en vigueur de l'assurance indiquée dans votre Demande d'adhésion :

- vous êtes un résident canadien (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'indiqué 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'indiquée dans votre Demande d'adhésion.

Fin de l'assurance

Votre assurance prend fin à la première des éventualités suivantes :

- à l'expiration de la Durée maximale de l'assurance, telle qu'indiquée dans votre Demande d'adhésion;
- date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation de l'assurance, tel qu'indiqué dans votre Demande d'adhésion;
- à l'échéance de l'assurance, tel qu'indiquée dans votre Demande d'adhésion;
- 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,
- date à laquelle votre Prêt ou crédit-bail assuré est remboursé en totalité, refinancé, libéré ou pris en charge par une tierce personne;
- date à laquelle votre Prêt ou votre Crédit-bail prend fin ou est annulé;
- 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);
- 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;

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective à Prime unique - Quiétude

- date à laquelle six paiements mensuels consécutifs de votre Prêt ou crédit-bail assuré sont en souffrance;
- 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 Certificat;
- 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;
- date de cessation du *Contrat collectif*, conformément aux dispositions prévues au contrat;
- 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 indiqué dans le présent Certificat; ou
- date de votre décès.

Limites relatives aux prestations d'assurance

Voici les montants maximums offerts par votre assurance :

Demande de règlement	Montant forfaitaire maximal	Prestation mensuelle maximale	Durée maximale
Invalidité		1 500 \$	Durée du contrat
Décès	100 000 \$		
Maladie en phase terminale	100 000 \$		
Paraplégie ou perte d'un membre	25 000 \$		
Maladie grave	100 000 \$		

Vos montants de garantie et la durée des prestations figurent dans votre demande d'adhésion. À votre adhésion, vous choisissez vos montants de garantie et les durées maximales.

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.

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).

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'indiqué 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.

Aucune prestation ne vous sera versée après la date d'échéance de votre assurance

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 indiqués dans votre Demande d'adhésion, le montant d'assurance consenti dans le cadre de votre Prêt ou crédit-bail assuré sera limité aux montants indiqués dans votre Demande d'adhésion.

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) indiqué 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.

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

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective à Prime unique - Quiétude

vie, prestation du vivant, de *Maladie grave* ou d'*Invalité 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'*Invalité 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'*Invalité totale* découle 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 *Invalité* 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 versons 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'*Invalité totale* découle d'un *État de santé préexistant*.

EXCLUSIONS applicables à toutes les garanties ("Exclusions générales")

Aucune prestation ne sera versée peu importe la garantie applicable si la cause du sinistre ou de la perte est directement ou indirectement liée à ce qui suit :

- la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel;
- la consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes, de stupéfiants 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 indiqué dans le présent Certificat.
- Toutes les garanties sont également sujettes aux restrictions et exclusions décrites dans le présent Certificat.

Assurance-vie

Si vous avez souscrit l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans le présent Certificat, 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*, telle qu'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'indiquée 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'indiqué à la rubrique *Prestations d'assurance réduite*.

Prestation du vivant

Si vous avez souscrit l'assurance vie et que vous répondez aux conditions indiquées dans le présent Certificat, vous êtes alors admissible à la prestation du vivant.

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'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'indiqué à la rubrique *Prestations d'assurance réduites*.

EXCLUSIONS applicables à la prestation d'assurance vie et à la prestation du vivant

En plus des Exclusions générales, la prestation d'assurance vie ou prestation du vivant n'est pas versée si la cause du sinistre est directement ou indirectement liée 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);

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'indiqué à la rubrique *remboursement de la prime* lors de l'annulation.

Assurance Mutilation accidentelle ou Paraplégie

Si vous avez souscrit l'assurance vie et que vous répondez aux conditions énoncées dans le présent Certificat, 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*.

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*; ou
- 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'indiqué à la rubrique *Prestations d'assurance réduites*.

EXCLUSIONS applicables à la prestation en cas de Mutilation accidentelle ou de Paraplégie

En plus des Exclusions générales, nous ne paierons aucune prestation d'assurance *Mutilation accidentelle* ou *Paraplégie* si la perte est directement ou indirectement causée par ce qui suit :

- une tentative de *Suicide* ou d'automutilation, quel que soit votre état mental, que vous soyez conscient ou non des conséquences de votre geste; ou
- une blessure que la personne s'est infligée intentionnellement;
- war or any act of war; ou
- un traitement médical ou chirurgical.

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.

Prestation d'assurance maladies graves

Si vous avez souscrit l'assurance maladies graves et que vous remplissez les conditions énoncées dans le présent Certificat, 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'indiqué dans le présent Certificat. 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 paierons également 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'indiqué à la rubrique *Prestations d'assurance réduites*.

Votre assurance maladies graves prendra automatiquement fin si, pour quelque raison que ce soit, votre assurance vie prend fin.

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*; ou
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque.

Le *Diagnostic de Crise cardiaque* (infarctus aigu du myocarde) doit être posé par un *Spécialiste*.

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 résultants d'actes médicaux ou de *Diagnostics* autres que celui de *Crise cardiaque*.

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.

Le *Diagnostic* d'Accident vasculaire cérébral doit être posé par un Spécialiste.

Aux fins du présent Certificat, les déficits neurologiques 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 » :

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

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.

Le *Diagnostic* de cancer doit être posé par un Spécialiste, et confirmé par un rapport de pathologie.

Aux fins du présent Certificat :

- 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 :
 - 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
 - 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 » :

- 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;
- 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;
- 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;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- 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;
- 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;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- 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
- thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

EXCLUSIONS applicables à la prestation d'assurance maladies graves

En plus des Exclusions générales, 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* :
 - ne correspond pas parfaitement aux exigences de la définition de Crise cardiaque, d'Accident vasculaire cérébral ou de cancer décrites ci-dessus; ou
 - est indiqué 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; ou
- 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.

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 Certificat).

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

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective à Prime unique - Quiétude

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. 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 Certificat).
- **Cancer admissible** s'entend d'une forme de *Cancer admissible* au titre de l'assurance maladies graves décrite dans le présent Certificat, 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 Certificat.

Assurance Invalidité

Prestation d'assurance Invalidité

Si vous avez souscrit l'assurance *Invalidité* et que vous répondez aux conditions du présent Certificat, si vous devenez *totalelement 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 indiquée dans votre *Demande d'adhésion*.

La prestation mensuelle exigible au titre de l'assurance *Invalidité* ne peut pas dépasser la *Prestation mensuelle maximale payable* indiquée dans votre *Demande d'adhésion*.

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

- le montant d'assurance que vous avez demandé; ou
- la *Période de prestation maximale par sinistre* indiquée 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*.

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, dont nous reconnaissons la compétence, 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*.

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 *totalelement invalide*, les expressions *totalelement invalide* et *Invalidité totale* signifient alors que :

- pour les 12 premiers mois consécutifs à compter de la date à laquelle vous êtes devenu *totalelement 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 *totalelement 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 *totalelement invalide*, les expressions *totalelement 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 *Délai de carence* indiqué dans votre *Demande d'adhésion* ne s'appliquera pas à votre demande de prestations d'*Invalidité* en raison de la récurrence d'une *Invalidité*. Les prestations prévues par la garantie en cas d'*invalidité récidivante*, qu'elles soient versées de manière continue ou en une somme forfaitaire, ne peuvent être versées au-delà de la période de prestation maximale par sinistre, tel qu'il est indiqué dans votre demande d'adhésion.

Invalidité concomitante

On parle d'*Invalidité totale* concomitante lorsque vous êtes frappé d'une seconde *Invalidité totale* alors que vous touchez déjà des prestations d'*Invalidité* pour un problème de santé 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 *totale*ment 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

Vous commencerez à recevoir 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 *Invalidité* versées ne peut dépasser la *Prestation cumulative maximale payable*, et il est assujéti à la *Période de prestation maximale par sinistre* également indiquée dans votre *Demande d'adhésion*.

EXCLUSIONS applicables à la prestation d'Invalidité

En plus des Exclusions générales, 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;
- 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; ou
- est attribuable à une intervention chirurgicale non urgente.

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 *totale*ment invalide;
- la date à laquelle le versement des prestations d'*Invalidité* atteint la fin de la « *Période de prestation maximale par sinistre* », tel qu'indiqué 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.

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 Certificat 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 certificat sera établi à votre intention. Ce nouveau certificat renfermera les nouvelles modalités de votre assurance et il remplacera le présent Certificat.

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 certificat, mais que cette demande aurait été acceptée au titre du certificat 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

Certificat d'assurance Assurance crédit collective à Prime unique - Quiétude

des prestations qui aurait été versé au titre du certificat 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 *totale*ment 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 indiquée au titre de la *Prestation mensuelle maximale payable*.

Présentation d'une demande de prestations

Le processus de demande de prestations peut varier selon le type de demande de prestations décrit ci-dessous.

Coordonnées pour demande de prestations

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

Pour présenter une demande de prestation d'assurance vie, CUMIS est le premier point de contact avec qui communiquer. Lors de l'appel initial, nous vérifierons votre identité et validerons l'information relative à votre *contrat de prêt* ou de *Crédit-bail*. L'information dont nous avons besoin pour établir votre admissibilité à la prestation peut varier en fonction du type de demande de prestations. Nous vous informerons, 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 Certificat. Nous vous fournirons les motifs en cas de refus de votre demande de prestations.

Déclaration de sinistre et délai de carence - délais importants

Nous vous invitons à présenter votre demande d'indemnité dès que possible. Nous pourrions refuser d'office votre demande si nous ne la recevons pas dans les délais prévus.

	Période
Invalidité	Dans les 30 jours
Décès	Dans les 12 mois
<i>Maladie en phase terminale</i>	Dans les 30 jours
<i>Paraplégie ou perte d'un membre</i>	Dans les 30 jours
Maladie grave	Dans les 30 jours

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, 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, ou êtes devenu totalement invalide pour la première fois). Vous devez également produire une preuve de sinistre, dans un format que nous jugeons acceptable, **dans les 90 jours** suivant la date à laquelle le sinistre survient pour la première fois. Si nous ne recevons pas de déclaration de sinistre 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.

Un délai de carence est prévu pour les demandes liées à l'invalidité. Le *Délai de carence* est semblable à une période d'attente et est calculé en nombre de jours consécutifs entre le début de votre *Invalidité totale* et le moment où vous devenez admissible aux prestations : il peut être **non rétroactif** ou **rétroactif**. Vous devez être *totale*ment invalide et le demeurer pendant toute la durée du *Délai de carence* avant d'être admissible aux prestations.

- a) **Délai de carence non rétroactif** signifie que 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.

Délai de carence

Invalidité	Délai de carence de 30 jours rétroactif ou non rétroactif, au choix
------------	---

Autres renseignements importants sur les demandes de prestations

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>

Recours en cas de refus de votre demande de prestations

Si nous refusons votre demande de prestations et que vous êtes en désaccord avec notre décision, vous pouvez nous transmettre 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. Si vous n'êtes pas satisfait de notre décision définitive, nous vous fournirons de l'information sur les étapes à suivre pour une demande de réexamen de votre dossier.

Certificat d'assurance Assurance crédit collective à Prime unique - Quiétude

Vous pouvez également communiquer avec notre Bureau de l'ombudsman.

Courrier : Bureau de l'ombudsman
Co-operators Compagnie d'assurance-vie
130, rue Macdonell
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

Télécopieur : 1.306.787.9006

Si vous demeurez au Québec, vous pouvez également communiquer avec l'Autorité des marchés financiers.

Courrier : Autorité des marchés financiers
Assistance et plainte
Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boul. Laurier, Bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1

Téléphone : 1.877.525.0337

Télécopieur : 1.877.285.4378

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 Certificat prend alors fin. En aucun cas nous ne rembourserons 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

Lorsque plus d'une *Personne assurée* présentent une demande de prestations pour *Invalidité totale* 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 pouvons 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 à propos de votre assurance

À propos de votre prime d'assurance

Prime unique s'entend d'une somme forfaitaire payée en un versement, qui représente la prime totale exigible pour toutes les garanties que vous avez souscrites.

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*.

Paielement de la prime

Votre prime unique et toute taxe applicable exigibles sont précisées dans votre demande d'adhésion, sous forme de sommes forfaitaires pour chaque garantie que vous avez décidé de souscrire.

Rabais de prime pour assurés multiples

Si plus d'une *Personne assurée*, tel qu'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 informera au moins 30 jours avant la date de prise d'effet de l'annulation. Nous honorerons toute demande de prestations valide présentée avant cette date.

Devise

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

Fausse déclarations

Si, à toute étape de l'adhésion ou 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 divulguer aux fins 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 n'auriez pas été admissible 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 toute 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 Certificat 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

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective à Prime unique - Quiétude

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.

Comment annuler l'assurance

Votre protection d'assurance auprès de Co-operators Vie est entièrement facultative, 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 résilier votre contrat d'assurance en tout temps, composez le 1.866.287.6200.

- Dans les 30 jours pour obtenir un remboursement complet.
- Après 30 jours pour obtenir un remboursement partiel, calculé selon la période où la couverture a été en vigueur, les demandes de règlement présentées et d'autres facteurs pertinents.

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 deremboursement, telle qu'indiquée ci-dessous, à moins que des lois exigent le recours à des méthodes de calcul différentes.

REMARQUE : Si votre *Titulaire du contrat collectif* se trouve au Québec, l'*Administrateur* calculera toujours votre remboursement de la *Prime unique* selon la formule de remboursement au prorata.

Formule de remboursement au la règle de 78:

Si la formule de remboursement choisie par le créancier est « 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 :

« PU » correspond à la Prime unique pour votre protection d'assurance, moins les taxes applicables;
« 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;
« 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 suivante :

Remboursement selon la "au prorata" :
$$\frac{PU * T}{N}$$

Dans la formule ci-dessus :

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

Définitions

Dans le présent Certificat, 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 « *Maladie grave* ».

Activités habituelles de la vie quotidienne a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *Totalement invalide et invalidité totale* ».

Administrateur signifie Les Services Administratifs en Assurance Collective LGM, ou tout autre *Administrateur* que nous pouvons désigner de temps à autre.

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'indiqué dans la *Demande d'adhésion*

Cancer a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *Maladie grave* ».

Cancer admissible a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *EXCLUSIONS applicables à la prestation d'assurance maladies graves* ».

Cancer non admissible a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *EXCLUSIONS applicables à la prestation d'assurance maladies graves* ».

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, et *Invalidité* 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 indiquées.

Crise cardiaque a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *Maladie grave* ».

Date d'entrée en vigueur de l'assurance s'entend de la *Date d'entrée en vigueur de l'assurance*, indiquée 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.

Délaï de carence a le sens attribué à ce terme aux rubriques « *Présentation d'une demande de prestations* ».

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 s'entend de la période maximale au cours de laquelle vous bénéficierez de l'assurance au titre de tout *contrat de prêt* ou de *crédit-bail*, tel qu'indiqué dans la *Demande d'adhésion*.

Effectivement au travail a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *Invalidité* ».

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* ».

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 ce terme à la rubrique « *Invalidité* ».

Invalidité concomitante a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *Invalidité* ».

Invalidité récidivante a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *Invalidité* ».

Invalidité totale et **totalement invalide** ont le sens attribué à ces termes à la rubrique « *Invalidité* ».

Maladie grave a le sens attribué à ce terme à la rubrique « *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.

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 « *Mutilation accidentelle* ou *Paraplégie* ».

Paraplégie ou **paraplégique** ont le sens attribué à ces termes à la rubrique « *Mutilation accidentelle* ou *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 s'entend de la période maximale, en ce qui concerne le nombre de mois totaux, au cours de laquelle des prestations d'assurance *Invalidité* seront versées pour une seule demande de prestations, tel qu'indiqué dans la *Demande d'adhésion*.

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*.

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

Prestation mensuelle maximale payable s'entend du montant des prestations maximales d'*Invalidité* que nous allons vous verser mensuellement pour tout *contrat de prêt* ou de *Crédit-bail*, tel qu'indiqué dans la *Demande d'adhésion*.

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 applicables à la prestation d'assurance vie et à la prestation du vivant ».

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*.