

Protection de votre prêt

Assurance crédit collective à prime nivelée
(vie, maladies graves, invalidité)

Guide de produit et certificat d'assurance

Distributeur

Assureur

Co-operators Compagnie d'assurance-vie
1900 Albert Street
Regina SK S4P 4K8
Téléphone (sans frais) : 1-855-587-8595
cooperators.ca

Demandes de règlement

CUMIS, une division de Co-operators Compagnie d'assurance-vie
P.O. Box 5065, 151 North Service Road
Burlington ON L7R 4C2
À l'attention de : Service des réclamations
Téléphone (sans frais) : 1-800-263-9120
Télécopieur confidentiel (sans frais) : 1-800-897-7065
claims.centre@cumis.com

Co-operators Compagnie D'assurance-Vie

L'assurance crédit collective est souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des règlements, sont offerts par le personnel de CUMIS Services Incorporated, une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

Assurance crédit collective à prime nivelée

Le présent *guide de produit* et *certificat d'assurance* (collectivement appelés le « guide de produit ») explique la couverture d'assurance facultative que vous avez souscrite, et fait également office de certificat d'assurance. Veuillez le lire conjointement avec votre copie remplie de la *demande d'adhésion* que le *titulaire du contrat collectif* vous a remise.

Ce *guide de produit* contient des renseignements importants sur votre assurance, notamment les conditions pouvant exclure, restreindre ou limiter votre couverture ou vos prestations. Il comporte de l'information sur les garanties d'assurance offertes par le *contrat collectif*, y compris celles que vous n'avez peut-être pas choisies.

Vous trouverez dans les pages qui suivent un sommaire des principales dispositions du *contrat collectif*. En cas de conflit entre les conditions du *guide de produit* et celles du *contrat collectif*, celles du *contrat collectif* prévaudront.

Certains termes figurant dans ce *guide de produit* ont un sens précis. Ces termes sont expliqués à la section « Définitions », ainsi que dans d'autres parties de ce document.

Pour les besoins de ce *guide de produit*, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient à toute personne :

- a) qui est admissible à l'assurance aux termes du *contrat collectif*, soit une personne physique (ou des personnes physiques) ayant obtenu un *prêt* auprès du *titulaire du contrat collectif* :
 - i) dont elle est responsable et dont elle a l'obligation légale de rembourser le solde, en tout ou en partie, en tant qu'emprunteur ou emprunteuse, coemprunteur ou coemprunteuse, cosignataire, garant ou garante, ou endosseur ou endosseuse; ou
 - ii) dans le cas d'une *entreprise*, dont elle a l'obligation légale de rembourser le *prêt* au *titulaire du contrat collectif*, en tant que propriétaire de l'*entreprise*, personne clé ou toute personne associée à l'*entreprise* responsable de la dette;
- b) qui est désignée dans la *demande d'adhésion* et qui a souscrit au moins un des types d'assurance offerts aux termes du *contrat collectif*;
- c) pour qui nous avons reçu la *prime*;
- d) à qui nous avons remis un *guide de produit*.

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

Vous pouvez en tout temps demander une copie du *contrat collectif* et de ses modifications en communiquant avec le *titulaire du contrat collectif*.

Veuillez lire attentivement le présent document et le conserver en lieu sûr. Vous aurez peut-être à le consulter ultérieurement si vous avez des questions au sujet de votre assurance ou si vous devez faire une demande de prestations.

Des questions?

À propos de votre d'assurance

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

À propos de votre prêt

Si vous avez des questions au sujet de votre *prêt*, veuillez contacter le représentant ou la représentante du *titulaire du contrat collectif* dont le nom figure dans votre *demande d'adhésion*.

Table des matières

Introduction	6
Le contrat collectif	6
Votre certificat d'assurance	6
L'importance de l'assurance crédit collective à prime nivelée	6
Aperçu des garanties d'assurance	7
Conditions d'admissibilité – Tous les types d'assurance	7
Début de l'assurance	7
Fin de l'assurance	8
Limites relatives aux garanties d'assurance	8
Exclusion relative à un état de santé préexistant	10
Assurance vie	11
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance vie?	11
Qu'est-ce qu'une prestation du vivant?	12
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance vie n'est pas versée	13
Assurance maladies graves	13
Adhésion à l'assurance	13
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance maladies graves?	13
Qu'entend-on par maladie grave?	14
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée	16
Assurance invalidité	18
Adhésion à l'assurance	18
Qu'est-ce qu'une prestation d'assurance invalidité?	18
Qu'entend-on par invalidité?	18
Termes propres à l'assurance invalidité et leur signification	19
Début du versement des prestations d'invalidité	20
EXCLUSIONS : Situations où la prestation d'invalidité n'est pas versée	20
Fin des prestations d'invalidité	21
Refinancement de votre prêt	22
Que se passe-t-il en cas de refinancement?	22
Refinancement de votre prêt lors d'une invalidité	22

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

Présentation d'une demande de prestations.....	23
Déclaration de sinistre - Délais importants	23
Preuve de sinistre	23
Autres renseignements importants sur les demandes de prestations	24
Délais importants pour intenter une poursuite en justice	25
Sinistres simultanés	25
Autres renseignements sur votre assurance	26
À propos de votre prime d'assurance.....	26
Contestabilité de l'assurance.....	28
Insatisfaction et plainte	28
Méthode de résiliation de l'assurance	28
Définitions	29
Votre vie privée est importante pour nous	32

Introduction

Le contrat collectif

Co-operators Compagnie d'assurance-vie a établi un contrat d'assurance crédit collective au nom du *titulaire du contrat collectif* indiqué dans votre *demande d'adhésion*. Le *contrat collectif* prévoit une assurance crédit collective, qui est décrite dans ces pages, à l'intention des emprunteurs et emprunteuses admissibles du *titulaire du contrat collectif* ayant adhéré à la couverture et payé la *prime* exigible.

Le *contrat collectif*, ainsi que ce *guide de produit*, est un contrat sans participation, ce qui signifie que votre assurance ne comporte aucune valeur de rachat et ne donne droit à aucune participation.

Votre certificat d'assurance

Vous recevez ce *guide de produit* parce que vous avez choisi de souscrire au moins un des types d'assurance qui vous sont offerts dans le cadre du *contrat collectif*. Ce document tient lieu de certificat d'assurance et, avec votre *demande d'adhésion*, constitue une attestation d'assurance au titre du *contrat collectif*.

REMARQUE : Le **titulaire du contrat collectif** peut ne pas offrir tous les types d'assurance décrits dans ce **guide de produit**. Reportez-vous à votre **demande d'adhésion** pour confirmer le type d'assurance que vous avez souscrit.

Les conditions de votre assurance se trouvent dans :

- votre *demande d'adhésion*;
- le présent *guide de produit*;
- le *contrat collectif* et toutes ses modifications.

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

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

L'importance de l'assurance crédit collective à prime nivelée

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

Si vos paiements de *prime* sont à jour et que les renseignements que vous avez fournis au moment de votre adhésion sont complets et exacts, des prestations d'assurance seront payables, sous réserve des conditions et exclusions décrites dans ce *guide de produit*.

Aperçu des garanties d'assurance

- **Assurance vie** : rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *prêt assuré* à votre décès.
- **Assurance maladies graves** : rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *prêt assuré* si vous recevez un *diagnostic* de l'une des *maladies graves* couvertes.
- **Assurance invalidité** : prend en charge les versements sur votre *prêt assuré* si vous devenez *totalelement invalide*.

Versement des prestations d'assurance

Les prestations d'assurance payables seront versées au *titulaire du contrat collectif*. En tant que créancier de votre *prêt assuré*, le *titulaire du contrat collectif* utilisera les prestations pour réduire ou rembourser le *solde impayé* de votre *prêt assuré*, ou les portera à votre crédit.

Conditions d'admissibilité - Tous les types d'assurance

REMARQUE : Vous devez satisfaire aux conditions d'admissibilité précisées ci-après. Autrement, vous ne pourrez pas bénéficier de la couverture décrite dans ce **guide de produit**.

Vous pouvez adhérer aux garanties d'assurance *vie*, *maladies graves* et *invalidité* à l'égard de votre *prêt* si, à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion* :

- Vous êtes résidente ou résident canadien (vous vivez au Canada au moins six mois par année);
- Vous avez l'obligation légale de rembourser votre *prêt* au *titulaire du contrat collectif* en tant qu'emprunteur ou emprunteuse, co-emprunteur ou co-emprunteuse, cosignataire, garant ou garante, ou endosseur ou endosseuse;
- Vous avez l'obligation légale de rembourser votre *prêt* au *titulaire du contrat collectif*, en tant que propriétaire d'une *entreprise*, personne clé ou toute autre personne associée à l'*entreprise* responsable de la dette;
- Vous avez entre l'âge admissible minimum et maximum indiqué dans votre *demande d'adhésion* pour chacun des types d'assurance que vous avez souscrit; et
- Vous n'avez pas demandé une prestation du vivant (versement anticipé de la prestation d'assurance *vie*) au titre de tout contrat d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance que nous avons établi.

Début de l'assurance

Votre assurance crédit collective à prime nivelée débute à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

Pour souscrire d'autres garanties auxquelles vous avez déjà renoncé, ou pour apporter des modifications à votre couverture existante, veuillez communiquer avec le *titulaire du contrat collectif*.

Le prélèvement d'une *prime* d'assurance sur votre compte, ou la perception d'une *prime* d'assurance par erreur, ne signifie pas que l'assurance est en vigueur si vous n'y êtes pas autrement admissible.

Fin de l'assurance

Toutes les garanties d'assurance que vous avez souscrites, c'est-à-dire l'assurance *vie*, l'assurance *maladies graves* et/ou l'assurance *invalidité*, prennent fin à la première des éventualités suivantes :

- a) L'échéance de la *durée maximale de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion*;
- b) La fin du terme de votre *prêt assuré* indiquée dans votre *demande d'adhésion*;
- c) La date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation de l'assurance indiqué dans votre *demande d'adhésion*;
- d) La date de fin de l'assurance indiquée dans votre *demande d'adhésion*;
- e) La date à laquelle nous recevons votre demande de résiliation écrite ou, dans le cas d'une couverture d'assurance sur plus d'une tête, la demande de résiliation écrite de chacune des *personnes assurées*;
- f) La date à laquelle votre *prêt assuré* est remboursé au complet, *refinancé*, libéré ou pris en charge par une autre personne;
- g) La date à laquelle on vous libère, par effet de la loi, de votre obligation légale de rembourser votre *prêt assuré* (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- h) La date à laquelle vous transférez ou cédez votre *prêt assuré* à un créancier qui n'est pas le *titulaire du contrat collectif*;
- i) La date à laquelle votre *prime* d'assurance est en souffrance depuis plus de 75 jours;
- j) La date à laquelle vous avez manqué plus de six versements consécutifs sur votre *prêt assuré*;
- k) Le jour où nous versons une prestation d'*assurance vie*, une prestation du vivant ou une prestation d'*assurance maladies graves* aux termes de ce *guide de produit*;
- l) La date à laquelle le *contrat collectif* prend fin conformément à ses dispositions;
- m) La date de votre décès.

Limites relatives aux garanties d'assurance

Les assurances comportent toutes des limites quant à la durée et au montant d'assurance total qu'il est possible de souscrire. Outre ces limites, l'assurance *invalidité* prévoit également des limites quant à la durée du service des prestations en cas de sinistre.

Période d'indemnisation maximale par sinistre : Nombre maximum de mois pendant lesquels nous versons des prestations d'assurance *invalidité* pour un même sinistre; cette période est précisée dans votre *demande d'adhésion*.

Prestation cumulative maximale payable : Plafond des prestations d'assurance *invalidité* établi pour tout *prêt*; ce montant est précisé dans votre *demande d'adhésion*.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

Assurance maximale offerte : Montant maximal d'assurance vie ou d'assurance *maladies graves* que nous établirons pour tout prêt; ce montant est précisé dans votre *demande d'adhésion*.

Prestation mensuelle maximale payable : Plafond mensuel des prestations d'assurance *invalidité* établi pour tout prêt; ce montant est précisé dans votre *demande d'adhésion*.

Durée maximale de l'assurance : Période maximale d'assurance établie pour tout prêt; cette période est précisée dans votre *demande d'adhésion*.

REMARQUE : La **durée maximale de l'assurance** peut être inférieure à celle de votre **prêt**. Par conséquent, à l'échéance de la **durée maximale de l'assurance**, votre couverture prendra fin et nous ne verserons aucune prestation par la suite. Si la durée de votre **prêt** est supérieure à la **durée maximale de l'assurance**, vous pourriez souscrire une nouvelle couverture d'assurance à l'échéance de la **durée maximale de l'assurance**. Voir la section « Refinancement de votre prêt » pour en savoir plus.

Votre prêt ne sera pas assuré pendant toute sa durée dans les situations suivantes :

- Votre prêt vient à échéance après l'âge de cessation de l'assurance indiqué dans votre *demande d'adhésion*;
- Le déboursement de fonds applicables à votre prêt est effectué après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

Nous ne verserons aucune prestation après la fin de votre assurance.

Si le *montant du prêt approuvé* et/ou des mensualités est supérieur à l'*assurance maximale offerte* et/ou à la *prestation mensuelle maximale payable* qui figurent dans votre *demande d'adhésion*, votre prêt assuré sera limité aux montants qui y sont indiqués.

En cas de sinistre, nous calculerons la *prime* et les prestations d'assurance à verser sur la base de ces montants limités.

Prestations d'assurance réduites

Si le « montant du prêt assuré » indiqué dans votre *demande d'adhésion* est inférieur au montant total de votre prêt et supérieur à l'*assurance maximale offerte*, le montant de la prestation d'assurance sera réduit proportionnellement. La prestation sera calculée en fonction du *solde impayé* de votre prêt, multiplié par la partie du « montant du prêt assuré » relative au prêt total (exprimé en pourcentage), et ne dépassera pas l'*assurance maximale offerte*.

Par exemple :

Si votre prêt est de 200 000 \$ et que le « montant du prêt assuré » indiqué dans votre *demande d'adhésion* est de 100 000 \$, la prestation d'assurance vie payable correspondra à la moitié (soit 100 000 \$ divisés par 200 000 \$) du *solde impayé* du prêt, plus la moitié des *intérêts courus* et des *intérêts sur le montant du règlement*.

Exclusion relative à un état de santé préexistant

REMARQUE : Nous ne verserons aucune prestation d'assurance et la **prime mensuelle** ne sera pas remboursée si votre demande de prestation du vivant, ou encore votre demande de prestations d'**assurance vie, maladies graves** ou **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** est une affection, une maladie, une blessure corporelle, un problème de santé ou tout symptôme (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) pour lesquels vous ou une personne prudente auriez requis ou reçu des *conseils ou traitements médicaux* pendant la *période d'exclusion pour état de santé préexistant* (en mois), indiquée dans le tableau de la section « Période d'exclusion pour état de santé préexistant », précédant immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

Pour les besoins de la définition ci-dessus :

- **Conseils ou traitements médicaux :** Consultation auprès d'une *médecin autorisée* ou d'un *médecin autorisé* ou d'une *professionnelle de la santé* ou d'un *professionnel de la santé* agréé. Cela comprend notamment les soins médicaux ou paramédicaux, les examens exploratoires, l'usage de comprimés ou de tout médicament d'ordonnance, ou les injections reçues pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une demande de prestations.
- **Professionnelle ou professionnel de la santé :** Personne qui est légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, au sens défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

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

Si vous avez présenté des symptômes ou reçu des traitements en raison d'un problème de santé pendant une période déterminée avant le début de votre assurance, nous ne verserons aucune prestation d'assurance si votre demande de prestation du vivant, ou encore votre demande de prestations d'*assurance vie, maladies graves* ou *invalidité totale* survient au cours d'une période déterminée après le début de votre assurance.

Ces périodes déterminées sont indiquées ensemble dans le tableau de la section « Période d'exclusion pour état de santé préexistant » en tant que *période d'exclusion pour état de santé préexistant*.

Par exemple :

Votre *période d'exclusion pour état de santé préexistant* (en mois) est de « 6/6 ». Vous avez présenté des symptômes et reçu des traitements pour un problème cardiaque cinq mois avant le début de l'assurance. Si votre demande de prestation du vivant, ou encore votre demande de prestations d'*assurance vie, maladies graves* ou *invalidité totale* découle de votre problème cardiaque et que votre assurance est en vigueur depuis moins de six mois complets, nous ne verserons aucune prestation d'assurance.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

Cependant, si, à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion*, vous répondez à toutes les conditions d'admissibilité à l'adhésion, nous verserons des prestations d'assurance si votre demande de prestation du vivant, ou votre demande de prestations d'assurance *vie, maladies graves* ou *invalidité totale* découle de votre problème cardiaque, à n'importe quel moment après que votre assurance a été en vigueur pendant six mois complets.

Par ailleurs, si votre demande de prestations d'assurance *maladies graves* ou *invalidité* 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 le tableau ci-dessous. Nous verserons des prestations d'assurance si, après la fin de la *période d'exclusion pour état de santé préexistant*, votre demande de prestation du vivant ou votre demande de prestations d'assurance *vie, maladies graves* ou *invalidité totale* découle d'un *état de santé préexistant*.

Garantie d'assurance	Période d'exclusion pour état de santé préexistant (en mois)
Vie	6/6
Invalidité	6/6
Maladies graves	12/12

Nous ne verserons aucune prestation d'assurance si votre *invalidité*, votre décès ou votre maladie en phase terminale découle d'un *état de santé préexistant* qui est survenu au cours des six mois précédant ou suivant le début de votre assurance. En outre, nous ne verserons aucune prestation d'assurance en cas de *maladie grave* survenant dans les 12 mois précédant ou suivant le début de votre assurance.

Assurance vie

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

Si vous avez souscrit l'*assurance vie* et que vous répondez aux conditions énoncées dans ce *guide de produit*, nous verserons, à votre décès, une prestation d'*assurance vie* correspondant au *solde impayé* de votre *prêt assuré* au jour de votre décès, plus toute pénalité raisonnable pour remboursement anticipé (si le contrat de *prêt* le permet), selon le calcul établi par le *titulaire du contrat collectif*.

La prestation d'*assurance vie* payable correspond au moindre des montants suivants :

- Le *solde impayé* de votre *prêt assuré* au jour de votre décès; ou
- Le *solde impayé* calculé en fonction du calendrier initial de versement et le terme de votre *prêt*.

Nous paierons également les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt assuré*, ainsi que les *intérêts sur le montant du règlement*.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

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

- Le *solde impayé* de votre *prêt assuré*; ou
- L'*assurance maximale offerte* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous avons établi est inférieur au montant de votre **prêt**, votre prestation d'**assurance vie** sera réduite proportionnellement, comme indiqué à la section « Prestations d'assurance réduites ».

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

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

Si vous avez souscrit l'assurance vie, vous êtes alors admissible à la prestation du vivant (versement anticipé de la prestation d'assurance vie).

Si vous recevez un *diagnostic* de maladie en phase terminale (pour laquelle votre espérance de vie est d'au plus 12 mois) de la part d'une *médecin autorisée* ou d'un *médecin autorisé* que nous jugeons apte à poser un tel *diagnostic*, vous pouvez demander une prestation du vivant.

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

Nous verserons une prestation d'assurance égale au *solde impayé* de votre *prêt assuré* à la *date d'établissement du diagnostic* de la maladie en phase terminale, plus toute pénalité raisonnable pour remboursement anticipé (si le contrat de *prêt* le permet), selon le calcul établi par le *titulaire du contrat collectif*.

La prestation du vivant payable correspond au moindre des montants suivants :

- Le *solde impayé* de votre *prêt assuré* à la *date d'établissement du diagnostic* de la maladie en phase terminale; ou
- Le *solde impayé* calculé en fonction du calendrier initial de versement et le terme de votre *prêt assuré*.

Nous paierons également les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *prêt assuré*, ainsi que les *intérêts sur le montant du règlement*.

Le montant d'assurance payable au titre de la prestation du vivant ne pourra pas dépasser :

- Le *solde impayé* de votre *prêt assuré*; ou
- L'*assurance maximale offerte* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous avons établi est inférieur au montant de votre **prêt**, votre prestation du vivant sera réduite proportionnellement, comme indiqué à la section « Prestations d'assurance réduites ».

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

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

Aucune prestation d'assurance vie ou prestation du vivant n'est payable si la cause du sinistre est directement ou indirectement attribuable 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);
- Votre perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- Votre consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques ou intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par une *médecin autorisée* ou un *médecin autorisé* ou pris selon ses directives;
- Votre conduite ou contrôle d'un véhicule motorisé ou d'un bateau avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé; ou
- L'omission, de votre part ou de la part de votre représentante ou représentant successoral, de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans ce *guide de produit*.

Assurance maladies graves

Adhésion à l'assurance

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

- a) Vous avez également souscrit une *assurance vie* à l'égard de votre *prêt*; et
- b) Vous n'avez présenté aucune demande de prestations d'assurance *maladies graves* au titre d'un contrat d'assurance crédit collective ou d'un certificat d'assurance établi par nous.

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

Si vous avez souscrit l'assurance *maladies graves* et que vous répondez aux conditions énoncées dans ce *guide de produit*, nous verserons une prestation d'assurance à la *date d'établissement du diagnostic* de la *maladie grave*, lequel doit être confirmé par des résultats appropriés, plus toute pénalité raisonnable pour remboursement anticipé (si le contrat de *prêt* le permet), selon le calcul établi par le *titulaire du contrat collectif*.

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

La prestation d'assurance *maladies graves* payable correspond au moindre des montants suivants :

- Le *solde impayé* de votre *prêt assuré* à la *date d'établissement du diagnostic* de la *maladie grave*; ou
- Le *solde impayé* calculé en fonction du calendrier initial de versement et le terme de

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

votre prêt.

Nous paierons également les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre prêt assuré, ainsi que les *intérêts sur le montant du règlement*.

La prestation d'assurance *maladies graves* payable ne pourra pas dépasser :

- Le *solde impayé* de votre prêt assuré; ou
- L'*assurance maximale offerte* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

REMARQUE : Si le montant d'assurance que vous avez souscrit et que nous avons établi est inférieur au montant de votre **prêt**, votre prestation d'assurance **maladies graves** sera réduite proportionnellement, comme indiqué à la section « Prestations d'assurance réduites ».

La prestation d'assurance *maladies graves* est assujettie aux limites et exclusions décrites dans ce *guide de produit*.

Qu'entend-on par maladie grave?

Les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et les cancers sont considérés comme des *maladies graves*. On les définit comme suit :

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

- Symptômes de crise cardiaque;
- Changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- Apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, y compris, mais sans s'y limiter, une coronarographie et/ou une angioplastie coronarienne.

Exclusions relatives aux crises cardiaques :

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

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

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

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) :

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

- Apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- Nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

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

Aux fins de ce *guide de produit*, les déficits neurologiques doivent être détectables par un ou une *spécialiste* et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusions relatives aux accidents vasculaires cérébraux :

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

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

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

Cancer : *Diagnostic* formel de 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. Dans le cadre de ce *guide de produit* :

- Le terme « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- Le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :
 - i) de TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - ii) de TSGI de l'intestin grêle, de l'œsophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- Les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8^e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication *Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia* (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Exclusions relatives au cancer :

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

- a) Lésions décrites comme étant bénignes, non invasives, précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, limites (« borderline »), un carcinome in situ, ou des tumeurs au stade Tis ou Ta;
- b) Mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- c) Tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance; Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- d) Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- e) Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- f) Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- g) Tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- h) Tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur; ou
- i) Thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un ou une spécialiste, et confirmé par un rapport de pathologie.

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

Aucune prestation d'assurance **maladies graves** n'est payable lorsque votre affection est attribuable à ce qui suit :

- Votre diagnostic :
 - a) ne répond pas entièrement aux critères des définitions de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer, décrites ci-dessus; ou
 - b) est indiqué spécifiquement aux sections « Exclusions relatives aux crises cardiaques », « Exclusions relatives aux accidents vasculaires cérébraux » ou « Exclusions relatives au cancer », décrites ci-dessus;
- Votre problème de santé est la conséquence directe ou indirecte d'une automutilation ou d'une tentative de vous enlever la vie, quel que soit votre état mental, que vous ayez conscience ou non des conséquences de votre geste;
- Votre perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- Votre consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques ou intoxicantes ou de

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par une *médecin autorisée* ou un *médecin autorisé* ou pris selon ses directives;

- Votre conduite ou contrôle d'un véhicule motorisé ou d'un bateau avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé; ou
- L'omission, de votre part ou de la part de votre représentante ou représentant successoral, de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans ce *guide de produit*.

Période d'exclusion du cancer de 90 jours

Aucune prestation d'assurance *maladies graves* ne sera payable si, dans les 90 jours suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* :

- Vous avez présenté des signes ou des symptômes, ou vous êtes soumis ou soumise à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à un *diagnostic* de cancer (couvert ou non au titre de ce *guide de produit*); ou
- Vous avez reçu un *diagnostic* de cancer (couvert ou non au titre de ce *guide de produit*).

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

Exclusion relative à un cancer préexistant

Aucune prestation d'assurance *maladies graves* ne sera versée dans le cas d'un *diagnostic* de cancer si vous avez déjà souffert d'un cancer avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

REMARQUE : Dans le cas de l'assurance **maladies graves**, la **période d'exclusion pour état de santé préexistant** indiquée à la section « Période d'exclusion pour état de santé préexistant » ne s'applique pas si vous avez déjà souffert d'une forme quelconque de cancer (c'est-à-dire, pas seulement une des formes de cancer couvertes par l'assurance **maladies graves** offerte aux termes de ce **guide de produit**). Si cela s'applique à vous, aucune prestation d'assurance **maladies graves** ne sera versée dans le cas d'un **diagnostic** de cancer. Des précisions sont fournies ci-dessous.

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

- Vous avez reçu un *diagnostic* de cancer; ou
- Vous n'aviez pas encore reçu un *diagnostic* de cancer, mais que :
 - a) Vous présentiez des signes ou des symptômes apparents de cancer; ou
 - b) Vous avez requis ou reçu, ou une personne prudente aurait requis ou reçu, des *conseils ou traitements médicaux* relatifs à des signes ou des symptômes apparents de cancer;

Nous ne verserons aucune prestation d'assurance *maladies graves* pour :

- Votre *diagnostic* d'un cancer couvert;
- Toute récurrence de ce cancer couvert; ou
- Tout *diagnostic* futur de tout autre cancer couvert.

Aux fins de cette clause d'exclusion relative à un cancer préexistant :

- **Cancer :** Toute forme de cancer (c'est-à-dire, pas seulement une forme de cancer couverte par l'assurance *maladies graves* au titre de ce *guide de produit*).
- **Cancer couvert :** Forme de cancer couverte par l'assurance *maladies graves* au titre de

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

ce *guide de produit*, sous réserve de la clause d'exclusion relative à un cancer préexistant.

- **Cancer non couvert** : Forme de cancer qui n'est pas couverte par l'assurance *maladies graves* au titre de ce *guide de produit*.

Assurance invalidité

Adhésion à l'assurance

Vous pouvez souscrire une assurance *invalidité* à l'égard de votre *prêt* 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*.

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

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

La prestation d'invalidité mensuelle payable ne pourra pas dépasser la *prestation mensuelle maximale payable* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

Les prestations d'assurance *invalidité* ne pourront pas dépasser :

- Le montant d'assurance que vous avez souscrit; ou
- La *prestation cumulative maximale payable* indiquée dans votre *demande d'adhésion*; ou
- La *prestation mensuelle maximale payable* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

Vous êtes responsable d'acquitter la partie manquante des versements sur *prêt* qui n'est pas prise en charge par la prestation d'assurance *invalidité*.

La prestation d'assurance *invalidité* est assujettie aux limites et exclusions décrites dans ce *guide de produit*.

Qu'entend-on par invalidité?

Une **invalidité** est une déficience médicale résultant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'accomplir les fonctions habituelles de votre *emploi principal*.

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

- être considéré ou considérée comme étant *effectivement au travail*;
- recevoir des *soins médicaux appropriés* d'une *médecin autorisée* ou d'un *médecin autorisé*, dont nous reconnaissons la compétence, pour une maladie ou une blessure corporelle attestée médicalement, ou encore le don d'un organe ou de tissu;
- n'exercer aucune activité rémunérée ou dans l'espoir d'en tirer profit. Cependant, à notre seule discrétion, nous pourrions continuer à vous verser des prestations d'assurance *invalidité* si vous participez à un programme de *retour au travail* progressif ou à un *emploi* de réadaptation que nous jugeons approprié; et
- produire, à notre demande, une preuve satisfaisante de votre *invalidité totale*, qu'il s'agisse d'une preuve initiale ou continue.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

En tout temps pendant le traitement de votre demande de prestations d'assurance *invalidité* 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 : Le fait d'*occuper un emploi* contre rémunération ou profit et d'être en mesure d'en exercer les fonctions importantes et essentielles, à raison d'au moins 20 heures par semaine pendant chacune des deux semaines consécutives précédant immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, ou, sinon, à tout moment après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* et avant le début de l'*invalidité totale*.

Termes propres à l'assurance invalidité et leur signification

Délai de carence

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

Totalement invalide et invalidité totale

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

- a) Vous êtes incapable d'exercer les fonctions importantes et essentielles de votre *emploi principal*; et
- b) Vous recevez des *soins médicaux appropriés*.

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

- a) *Diagnostic* formel d'une incapacité totale, découlant d'une maladie ou d'une blessure, 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 ou une *médecin* et confirmé par une évaluation indépendante des besoins de soins à domicile effectuée par un ou une ergothérapeute ou un ou une 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 ou continente. 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

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

personnelle;

- **Être continant ou continente** : gérer ses fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à assurer son hygiène personnelle;
- **Se nourrir** : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Vous êtes responsable d'effectuer les versements périodiques sur votre *prêt* pendant le *délai de carence* et l'étude de votre demande de prestations.

Récidive de l'invalidité

On parle de *récidive de l'invalidité* si, dans les six mois qui suivent votre rétablissement, vous souffrez de la même *invalidité totale* ou d'une *invalidité totale* connexe. Nous considérons alors que cette période d'*invalidité* est la prolongation de votre *invalidité totale* initiale. Dans un tel cas, le *délai de carence* indiqué dans votre *demande d'adhésion* ne s'appliquera pas.

Les prestations en cas de *récidive de l'invalidité*, qu'elles soient versées de manière continue ou en une somme forfaitaire, ne peuvent pas excéder la *période d'indemnisation maximale par sinistre* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

Invalidités simultanées

On parle d'*invalidités simultanées* si une seconde *invalidité totale* survient pendant que vous recevez des prestations d'*invalidité* pour une affection différente.

Dans un tel cas, une nouvelle demande de prestations d'assurance *invalidité* peut être présentée, sous réserve des conditions suivantes :

- La cause de la seconde *invalidité totale* ne doit pas être liée (directement ou indirectement) à l'*invalidité totale* initiale; et
- Si votre demande est approuvée et que vous êtes toujours *totalelement invalide* en raison de cette seconde *invalidité*, nous commencerons à verser des prestations pour la seconde *invalidité* immédiatement après la fin de l'*invalidité totale* initiale. Une nouvelle *période d'indemnisation maximale par sinistre* débutera.

Début du versement des prestations d'invalidité

Une fois votre demande de prestations approuvée, vous recevrez des prestations d'assurance *invalidité* après avoir satisfait au *délai de carence*.

Le montant de votre prestation d'invalidité mensuelle est précisé dans votre *demande d'adhésion*. Ce montant ne peut pas dépasser la *prestation mensuelle maximale payable* indiquée dans votre *demande d'adhésion*. Le montant total des prestations d'*invalidité* versées ne peut pas dépasser la *prestation cumulative maximale payable*, et est assujéti à la *période d'indemnisation maximale par sinistre* également indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

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

Aucune prestation d'assurance *invalidité* n'est payable si votre *invalidité totale* :

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

- 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 une *médecin autorisée* ou un *médecin autorisé* dont nous reconnaissons la compétence);
- a commencé pendant que vous étiez incarcéré ou incarcérée, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous, dans un pénitencier, un établissement de détention gouvernemental, un hôpital ou un établissement semblable;
- a commencé après la fin de votre assurance;
- est liée directement ou indirectement à une automutilation ou à une tentative de vous enlever la vie, quel que soit votre état mental, que vous ayez conscience ou non des conséquences de votre geste;
- est liée à votre perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- est liée à votre consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques ou intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par une *médecin autorisée* ou un *médecin autorisé* ou pris selon ses directives, ou liée à votre inscription à un programme de réadaptation pour toxicomanes;
- résulte de la conduite ou du contrôle d'un véhicule motorisé ou d'un bateau avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé;
- est liée à une intervention chirurgicale non urgente; ou
- L'omission, de votre part ou de la part de votre représentante ou représentant successoral, de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai précisé dans ce *guide de produit*.

Fin des prestations d'invalidité

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

- 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 d'indemnisation maximale par sinistre*, selon le nombre de mois indiqués dans votre *demande d'adhésion*;
- La date à laquelle le total cumulatif de toutes les prestations d'assurance *invalidité* que nous avons versées équivaut à la *prestation cumulative maximale payable* indiquée dans votre *demande d'adhésion*;
- La date à laquelle votre *prêt* est remboursé;
- La date à laquelle vous avez été incarcéré ou incarcérée, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous, dans un pénitencier, un établissement de détention gouvernemental, un hôpital ou un établissement semblable;
- La date à laquelle vous participez à une quelconque *entreprise* ou activité contre rémunération ou profit;
- La date à laquelle vous ne recevez plus de soins actifs d'un ou d'une *médecin*;
- La date à laquelle vous refusez de vous soumettre à un examen médical effectué par un ou une *médecin* de notre choix;
- La date à laquelle votre assurance prend fin, comme indiqué à la section « Fin de l'assurance »;
- La date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante d'*invalidité totale* continue;
- Pour toute raison, lorsque votre *assurance vie* prend fin.

REMARQUE : Si la **prestation cumulative maximale payable** indiquée dans votre **demande d'adhésion** pour l'assurance **invalidité** est atteinte, nous mettrons fin à l'assurance **invalidité** et vous n'aurez plus à payer la **prime** s'y rattachant.

Refinancement de votre prêt

Le terme **refinancer** signifie que vous et le *titulaire du contrat collectif* convenez de *refinancer*, de remplacer, de renouveler, de prolonger ou autrement de modifier (collectivement, « *refinancer* ») votre *prêt assuré*.

Votre couverture prévue au titre du présent *guide de produit* prend automatiquement fin dès que votre *prêt assuré* est *refinancé*. À moins que vous ayez souscrit une assurance de remplacement par l'entremise du *titulaire du contrat collectif*, votre *prêt refinancé* n'est pas assuré.

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

Si vous souscrivez une assurance en fonction du nouveau montant du *prêt*, vous recevrez un nouveau *guide de produit* qui remplacera toutes les conditions de votre *guide de produit* précédent.

Toutes les exclusions, restrictions et limites relatives à votre nouvelle couverture d'assurance s'appliqueront à compter de la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* pour vos nouveaux montants d'assurance. Celles-ci comprennent notamment les exclusions concernant les *états de santé préexistants* et les *délais de carence* applicables à l'assurance *invalidité*.

Prestations réduites au moment du sinistre

Si nous refusons votre demande de prestations au titre de votre *prêt refinancé* en raison d'une exclusion prévue par le nouveau *guide de produit*, mais que cette demande aurait été acceptée au titre du *guide de produit* initial si ce dernier n'avait pas pris fin en raison du refinancement de votre *prêt*, nous pourrions verser une prestation d'*assurance vie* ou des prestations d'*assurance invalidité* dont le montant sera limité. Ces prestations seront établies en fonction du type d'assurance et du montant des prestations qui aurait été versé au titre du *guide de produit* initial.

Le cas échéant, le montant de la couverture d'*assurance invalidité* correspondra au montant des versements mensuels sur le *prêt* avant le refinancement.

Toutefois, le montant de la prestation d'*assurance* ne pourra pas dépasser le montant des versements mensuels actuels sur le *prêt*.

Refinancement de votre prêt lors d'une invalidité

Si vous touchez des prestations d'*invalidité* et que vous *refinancez* votre *prêt*, vous pouvez souscrire une assurance *invalidité* en fonction du nouveau montant du *prêt*. Tant que vous êtes *totalelement invalide*, nous vous verserons des prestations d'*assurance invalidité*, conformément à la couverture prévue au titre du *guide de produit* précédent, et votre assurance *invalidité* demeurera en vigueur. Cependant, vos prestations d'*invalidité* ne pourront pas dépasser :

- Le montant du versement sur le nouveau *prêt*;

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

- La *durée maximale de l'assurance* à l'égard de votre nouveau prêt; ou
- Le montant de la *prestation mensuelle maximale payable*.

Les prestations versées au titre d'un certificat antérieur prennent fin si vous transférez votre prêt à une autre institution financière ou si vous souscrivez un autre produit d'assurance crédit collective offert par Co-operators Vie.

Présentation d'une demande de prestations

Déclaration de sinistre - Délais importants

REMARQUE : Contactez-nous dès que possible en cas de sinistre. Vous devrez nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre dans les délais précisés dans le présent **guide de produit**. Autrement, nous pourrions refuser votre demande de règlement et ne payer aucune prestation.

Le processus de demande diffère selon le type de prestations demandées. Voir la section « Preuve de sinistre » ci-dessous. Vous pouvez également obtenir de l'information sur la façon de présenter une demande de prestations en consultant le site www.cumis.com ou en communiquant avec nous directement.

CUMIS, une division de Co-operators Compagnie d'assurance-vie
P.O. Box 5065, 151 North Service Road, Burlington ON L7R 4C2
À l'attention du Centre des règlements

Téléphone sans frais : 1-800-263-9120
Télécopieur confidentiel sans frais : 1-800-897-7065
Courriel confidentiel : claims.centre@cumis.com

Preuve de sinistre

Demande de prestation d'assurance vie

Dans le cas d'une demande de prestation d'assurance vie, le *titulaire du contrat collectif* est le premier point de contact pour votre plus proche parent ou parente ou votre représentante ou représentant successoral. Il a accès aux formulaires à remplir et peut fournir de l'aide à cet effet. De plus, il sait quels renseignements nous exigeons concernant votre prêt. Une fois remplis, les documents nous sont transmis par le *titulaire du contrat collectif* pour que nous puissions commencer le traitement de la demande.

Nous coordonnerons l'obtention des renseignements dont nous avons besoin avec le *titulaire du contrat collectif* et avec votre représentante ou représentant successoral. Une fois que notre décision sera prise, nous en informerons le *titulaire du contrat collectif* qui communiquera ensuite avec votre représentante ou représentant successoral. En tout temps, votre représentante ou représentant successoral peut communiquer avec nous ou avec le *titulaire du contrat collectif* pour connaître l'état d'avancement de la demande.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

REMARQUE : Votre représentante ou représentant successoral doit soumettre une déclaration et une preuve de sinistre dans l'année qui suit la date de votre décès. Cette preuve doit comprendre une attestation de votre décès ainsi que toute autre pièce justificative que nous pouvons exiger.

Prestation du vivant et prestations d'assurance maladies graves ou invalidité

Pour demander une prestation du vivant ou présenter une demande de prestations d'assurance *maladies graves* ou *invalidité*, veuillez contacter CUMIS. Lors de votre appel initial, nous commencerons par vous poser des questions afin de valider votre identité et votre *prêt*. L'information dont nous avons besoin pour établir votre admissibilité aux prestations peut différer selon le type de prestations demandées.

Après le dépôt de votre demande de prestations, nous vous informerons si nous avons besoin de documents ou de renseignements supplémentaires. Nous vous demanderons également de remplir et de nous retourner un formulaire d'autorisation nous permettant d'obtenir de l'information directement auprès de vos *médecins*, de votre employeur ou de toute autre source que nous jugeons pertinente.

Veuillez noter que vous demeurez légalement responsable d'effectuer les versements sur le *prêt au titulaire du contrat collectif* pendant l'étude de votre demande de prestations. Nous vous informerons, vous et le *titulaire du contrat collectif*, par écrit de notre décision. Si votre demande est acceptée, nous verserons les prestations décrites dans ce *guide de produit*. Autrement, si votre demande est refusée, nous vous expliquerons les motifs de notre décision.

*REMARQUE : Vous devez nous fournir une déclaration écrite dans les 30 jours suivant la date de survenance du sinistre (c'est-à-dire, la date à laquelle vous avez reçu un **diagnostic** de maladie en phase terminale ou de **maladie grave**, ou la date depuis laquelle vous êtes **totale**ment invalide). Vous devez également présenter une preuve de sinistre, sous une forme que nous jugeons acceptable, dans les 90 jours suivant la date de survenance du sinistre. Si nous ne recevons pas de déclaration de sinistre dans les délais prescrits, vous devrez fournir une explication raisonnable écrite du motif de ce retard dans l'année suivant la date du sinistre, conformément à la loi provinciale sur les assurances.*

Autres renseignements importants sur les demandes de prestations

Recours en cas de refus

Si votre demande de prestations est refusée et que vous êtes en désaccord avec notre décision, vous pouvez demander la révision de votre dossier par écrit. Votre demande devra préciser les raisons de votre désaccord, et être accompagnée de documents justificatifs. Une fois la demande reçue, nous réviserons votre dossier et vous informerons de notre décision.

Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision, nous vous fournirons de l'information sur les prochaines mesures à prendre. Vous pourrez notamment communiquer avec notre Bureau de médiation.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

Adresse : Bureau de médiation
Groupe Co-operators limitée
130 Macdonell Street
Guelph ON N1H 6P8

Courriel : ombuds@cooperators.ca

Téléphone : 1-877-720-6733

Télécopieur : 1-519-823-9944

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

Adresse : Financial and Consumer Affairs Authority of Saskatchewan
Insurance and Real Estate Division
À l'attention du Surintendant des assurances
Suite 601-1919 Saskatchewan Drive
Regina SK S4P 4H2

Courriel : fcaa@gov.sk.ca

Téléphone : 1-306-787-6700

Télécopieur : 1-306-787-9006

Délais importants pour intenter une poursuite en justice

Les lois provinciales sur les assurances prescrivent ce qui suit :

Aucune action ou poursuite judiciaire ne peut être intentée contre un assureur en vue de recouvrer toute somme payable au titre du présent contrat, à moins d'être engagée au cours du délai prescrit par la *Loi sur les assurances* ou toute autre loi applicable.

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 simultanés

Prestation du vivant et prestations d'assurance vie ou maladies graves

Si, le même jour, plus d'une *personne assurée* décède, ou reçoit un *diagnostic* de maladie en phase terminale ou de *maladie grave*, nous ne verserons qu'une seule prestation, et ce, à la première *personne assurée* à présenter une demande de prestations. Par la suite, l'assurance décrite dans ce *guide de produit* prendra fin. Aucune somme supérieure au *solde impayé* de votre *prêt assuré* ne sera versée, et la prestation payable ne pourra pas dépasser l'*assurance maximale offerte*.

Invalidité

Si plus d'une *personne assurée* présente une demande de prestations d'*invalidité totale* au même moment, au titre du même *prêt assuré*, nous ne verserons qu'une seule prestation à la fois, indépendamment du nombre de *personnes assurées* au titre du *prêt*. La prestation versée se limitera à la *période d'indemnisation maximale par sinistre* et à la *prestation mensuelle maximale payable*.

Droits d'examen

Nous pouvons vous demander de vous soumettre à un examen médical effectué par un ou une *médecin* de notre choix. Nous paierons les coûts de cet examen, mais nous ne verserons aucune prestation si vous refusez de vous soumettre à l'examen.

Autres renseignements sur votre assurance

À propos de votre prime d'assurance

Prime : *Prime* totale exigible pour toutes les garanties d'assurance que vous avez choisi de souscrire et que nous avons établies. La *prime* est considérée comme le coût de votre assurance.

Votre *prime* d'assurance est calculée selon votre âge et le montant initial de votre *prêt assuré* (pour l'*assurance vie* et l'*assurance maladies graves*) ainsi que le montant de votre paiement assuré (pour l'*assurance invalidité*) au moment où vous avez souscrit l'assurance.

Paiement des primes

Votre *prime* d'assurance, tout comme les taxes applicables, est payable à Co-operators Vie et est prélevée dans le compte que vous avez indiqué, conformément aux modalités de votre *demande d'adhésion*. La facturation commence dans le mois où nous établissons votre couverture d'assurance.

Paiements de primes manqués et délai de grâce

Pour que votre assurance demeure en vigueur, votre *prime* doit être payée au moment où elle est due.

Délai de grâce

Si votre *prime* n'est pas payée au moment où elle est due et qu'elle demeure impayée, votre couverture d'assurance demeurera en vigueur pendant un délai de grâce de 75 jours. À la fin de ce délai, votre assurance tombera en déchéance (c'est-à-dire qu'elle prendra automatiquement fin) et vous ne bénéficierez plus de la couverture prévue au titre du présent *guide de produit*.

Le *délai de grâce* ne s'applique pas si le contrat est résilié par nous ou par le *titulaire du contrat collectif*.

Demandes de règlement survenant durant le délai de grâce

Si vous décédez, devenez *totaletement invalide*, recevez un *diagnostic de maladie grave* ou de maladie en phase terminale durant le *délai de grâce*, nous calculerons toute prestation d'assurance qui pourrait être payable en fonction de la fin de la période à laquelle votre dernier paiement de *prime* s'applique. Toute *prime* impayée pourrait également être déduite de ces prestations.

Rabais pour personnes assurées multiples

Un rabais de *prime* sera appliqué si plus d'une *personne assurée*, selon ce qui est indiqué dans votre *demande d'adhésion*, bénéficie d'une couverture pour le même type d'assurance sur le *prêt*.

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

Une *prime* sera calculée pour chaque *personne assurée* et les *primes* ainsi obtenues seront additionnées. Le rabais sera appliqué sur la *prime* totale, puis rajustée en fonction du nombre de *personnes assurées* bénéficiant du même type de couverture.

Changement des taux de prime

Selon les modalités du *contrat collectif*, nous pouvons modifier les taux de *prime* sur présentation d'un avis écrit au *titulaire du contrat collectif*. Nous vous ferons également parvenir un avis écrit par la poste, à l'adresse figurant au dossier, au moins 30 jours avant l'entrée en vigueur de ce changement. Le taux de *prime* ne sera pas modifié plus d'une fois tous les 12 mois, à moins qu'une modification de la loi ou de la réglementation ne touche directement la couverture d'assurance offerte par le *contrat collectif*.

Résiliation du certificat ou du contrat

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

Monnaie

Toutes les sommes que nous versons ou qui nous sont versées sont en dollars canadiens.

Fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque

Si, à toute étape d'une demande de prestations, vous dénaturez des renseignements (c'est-à-dire, si vous fournissez des renseignements inexacts ou omettez de déclarer des renseignements) qui sont importants pour l'établissement de votre assurance, votre assurance peut être déclarée nulle et sans effet, comme si elle n'avait jamais été en vigueur. En cas de fausse déclaration, nous refuserons votre demande de prestations et, sauf en cas de fraude, nous vous rembourserons votre *prime*, moins les frais de traitement applicables.

Erreur sur l'âge

Si vous avez fait une erreur sur votre âge lorsque vous avez souscrit l'assurance et qu'en raison de votre âge véritable, vous n'auriez pas été admissible à l'assurance crédit collective à prime nivelée, la responsabilité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie se limite au remboursement de la *prime* payée, et votre assurance deviendra nulle et sans effet, comme si elle n'avait jamais existé.

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

Conformité aux lois

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

Contestabilité de l'assurance

Période de contestabilité

Si vous présentez une demande de prestations dans les deux premières années d'assurance, nous vérifierons les renseignements fournis dans votre *demande d'adhésion* afin d'en confirmer l'exactitude et l'intégralité. Nous vérifierons notamment si vous avez fait une fausse déclaration influant sur l'évaluation du risque.

Sauf en cas d'erreur sur l'âge dans votre *demande d'adhésion*, une fois que votre assurance est en vigueur depuis deux ans, nous ne vérifions généralement vos renseignements que s'il y a des signes de fraude. Cette période de deux ans, parfois appelée *période de contestabilité*, est un concept établi par la loi provinciale sur les assurances.

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 règlement, 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/en/%20have-an-insurance-concern/compliments-concerns/life-insurance-resolution.aspx>

Méthode de résiliation de l'assurance

Votre couverture d'assurance auprès de Co-operators Vie est entièrement facultative et vous pouvez la résilier à tout moment.

Toutefois, sachez que votre *prêt* peut vous obliger à souscrire une assurance à l'intention du *titulaire du contrat collectif*.

Pour résilier votre assurance, veuillez contacter le représentant ou la représentante du *titulaire du contrat collectif* dont le nom figure dans votre *demande d'adhésion*.

Si vous résiliez votre assurance dans les 30 jours suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, vous recevrez le remboursement complet des *primes* payées, à condition de n'avoir présenté aucune demande de prestations, et votre assurance sera réputée n'avoir jamais été en vigueur.

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

Définitions

Certains termes figurant dans ce **guide de produit** ont un sens précis. Ces termes sont expliqués ci-dessous, ainsi que dans d'autres parties de ce document.

Activités de la vie quotidienne :

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

Assurance maximale

offerte : Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Assurance vie : Assurance crédit collective qui vous est fournie dans le cadre de ce certificat d'assurance et qui, à votre décès, verse une prestation au *titulaire du contrat collectif*.

Conseils ou traitements

médicaux : Voir la définition à la section « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Contrat collectif : Contrat d'assurance crédit collective établi par Co-operators Vie au nom du *titulaire du contrat collectif* et par lequel les garanties d'assurance *vie*, *maladies graves* et *invalidité* sont offertes à toutes les personnes admissibles qui décident de les souscrire et acquittent la *prime* exigible.

Date d'entrée en vigueur de

l'assurance : Date de prise d'effet de l'assurance indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

Date d'établissement du diagnostic :

Date à laquelle un *diagnostic* définitif est établi une fois les examens terminés et, en présence d'un cancer, date de sa confirmation par biopsies, afin de déterminer la présence et l'étendue d'une maladie ou d'un problème de santé en particulier.

Délai de carence : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Demande d'adhésion : Formulaire à remplir et à signer pour souscrire un ou plusieurs types d'assurance au titre du *contrat collectif*.

Diagnostic et diagnostiqué : *Diagnostic* formel écrit d'une affection médicale effectué par une *médecin autorisée* ou un *médecin autorisé* qui est en mesure de poser ce type de *diagnostic*.

Durée maximale de l'assurance :

Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Effectivement au travail : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Emploi et occuper un emploi :

Travailler pour un employeur qui vous verse une rémunération ou un salaire. Cette définition n'inclut pas le fait d'être travailleur ou travailleuse *autonome*.

Emploi principal : *Emploi* duquel vous tiriez au moins 75 % de votre rémunération brute pendant la période de 12 mois précédant immédiatement le début de votre *invalidité totale*.

Entreprise : Entreprise individuelle, partenariat, société par actions ou toute autre entité exploitant une *entreprise* ou une ferme ayant contracté une dette envers le *titulaire du contrat collectif* aux termes d'un *prêt*.

Invalidité : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Invalidité totale et totalement

invalide : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Invalidités simultanées : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Intérêts courus : Intérêts dus sur le *solde impayé* de votre *prêt assuré* à compter de la date du dernier versement, établie par le *titulaire du contrat collectif*, jusqu'à la date de votre décès ou la *date d'établissement du diagnostic* de la maladie en phase terminale ou de la *maladie grave*, selon le montant de la prestation d'assurance payable; ces intérêts ne devant pas courir pendant plus de 180 jours.

Intérêts sur le montant du règlement : Intérêts sur le *solde impayé* de votre *prêt assuré* que nous versons avec la prestation d'assurance. Ces intérêts sont calculés, au taux et pendant une période que nous déterminons, à compter de la date de votre décès ou la *date d'établissement du diagnostic* de la maladie en phase terminale, selon la prestation d'assurance payable; ces intérêts ne devant pas courir pendant plus de 90 jours.

Maladie grave : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par maladie grave? ».

Médecin autorisée ou autorisé ou médecin : 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, et qui exerce ses activités dans le cadre de son permis.

Montant du prêt approuvé : Solde initial de votre *prêt approuvé* par le *titulaire du contrat collectif* à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* indiquée dans votre *demande d'adhésion*.

Pénalité pour le remboursement anticipé du prêt : Pénalité financière que le *titulaire du contrat collectif* peut imposer si votre prêt est remboursé par anticipation, en tout ou en partie, dans un délai établi, selon les modalités de votre contrat de *prêt* avec le *titulaire du contrat collectif*.

Période d'exclusion pour état de santé préexistant : Voir la définition à la section « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Période d'indemnisation maximale par sinistre : Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Personne assurée : Personne, vous y compris, qui répond à toutes les conditions d'admissibilité et qui souscrit un ou plusieurs types d'assurance dans le cadre du *contrat collectif*.

Prêt : Capital que le *titulaire du contrat collectif* consent à vous prêter pendant un terme fixe aux termes du contrat de prêt conclu entre vous et le *titulaire du contrat collectif*, à compter de la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, et que vous avez l'obligation légale de rembourser.

Prêt assuré : Montant de votre *prêt* pour lequel nous avons établi l'assurance et pour lequel vous payez la *prime* demandée. Le montant d'assurance couvrant votre *prêt* peut être inférieur au *montant du prêt approuvé*.

Prestation cumulative maximale payable : Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Prestation mensuelle maximale payable : Voir la définition à la section « Limites relatives aux garanties d'assurance ».

Prime : *Prime* totale exigible pour toutes les garanties d'assurance que vous avez choisi de souscrire et que nous avons établies. La *prime* est considérée comme le coût de votre assurance.

Professionnelle ou professionnel de la santé : Voir la définition à la section « Exclusion relative à un état de santé préexistant ».

Récidive de l'invalidité : Voir la définition à la section « Qu'entend-on par invalidité? ».

Guide de produit et certificat d'assurance

Assurance crédit collective à prime nivelée

Refinancer : Le fait, pour vous et le *titulaire du contrat collectif*, de convenir de *refinancer*, de remplacer, de renouveler, de prolonger ou autrement de modifier votre *prêt assuré*.

Retour au travail : 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 :

Traitements médicaux que vous recevez.

Cela comprend notamment le fait de prendre des pilules ou des médicaments d'ordonnance, de recevoir des injections pour un problème de santé quelconque, et de subir des examens exploratoires en raison de l'affection, de la maladie ou de la blessure corporelle ayant donné lieu à la demande de prestations. Selon notre évaluation, les traitements doivent être efficaces et permettre une réadaptation et un rétablissement rapides de vos capacités fonctionnelles, notamment par la participation à un programme d'ergothérapie, de physiothérapie ou de modification du comportement douloureux ou de services de consultation psychologique ou psychiatrique.

Solde impayé : *Solde impayé* de votre *prêt assuré*, selon le calcul établi par le *titulaire du contrat collectif*.

Spécialiste : *Médecin* qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en rapport avec la maladie ou l'affection grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En cas de non-disponibilité d'une ou d'un *spécialiste*, et sous réserve de notre approbation, une affection peut être *diagnostiquée* par une *médecin autorisée* ou un *médecin autorisé* exerçant au Canada.

Suicide : Le fait de vous enlever la vie dans les deux ans suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, quel que soit votre état mental, que vous ayez conscience ou non des conséquences de votre geste.

Titulaire du contrat collectif : *Titulaire du contrat collectif* précisé dans votre *demande d'adhésion*.

Travailleuse ou travailleur autonome :

Personne qui effectue un travail contre rémunération directement à partir d'une *entreprise* dont elle est propriétaire, incluant un métier, un *emploi*, une profession, une société en nom collectif, une société par actions 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.

Travailleuse ou travailleur saisonnier :

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 au cours de laquelle elle peut exercer son *emploi*.

Votre vie privée est importante pour nous

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous souscrivez une assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quels renseignements nous avons besoin, ce que nous en ferons et à qui nous les communiquerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et communiquer vos renseignements personnels aux fins suivantes : confirmer votre identité; étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous; évaluer votre proposition d'assurance; établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des demandes de règlement; administrer vos placements; remplir nos obligations contractuelles et réglementaires; détecter et prévenir la fraude; et procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne communiquons vos renseignements personnels à aucune autre fin, à moins d'avoir obtenu votre consentement ou d'en avoir l'obligation ou l'autorisation légale.

Nous pouvons vous renseigner sur des produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelles informations vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement en tout temps. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Nous avons restreint l'accès à vos renseignements personnels à nos employés et employées et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre à l'extérieur du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, à des gouvernements ou à des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous veillons à inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et la communication de vos renseignements personnels, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de Co-operators par téléphone au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.

Co-operators Compagnie D'assurance-Vie

L'assurance crédit collective est souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Les services de soutien, comme les adhésions, la tarification médicale et la gestion des règlements, sont offerts par le personnel de CUMIS Services Incorporated, une filiale de Co-operators Compagnie d'assurance-vie.