

## Certificat d'assurance - Polices collectives n<sup>os</sup> CPP042017 et CPPL042017

L'Entente et le certificat d'assurance représentent vos documents d'assurance. Le présent certificat d'assurance décrit les couvertures suivantes qui sont offertes au titre du



Régime de protection de crédit :

- Couverture en cas de décès
- Couverture en cas de Blessure ou de Maladie
- Couverture en cas de Maladie grave
- Couverture en cas de Perte d'emploi involontaire

Toutes ces couvertures d'assurance ne s'appliquent pas nécessairement à vous. L'assurance tient compte de votre admissibilité, de votre demande d'assurance et de votre paiement de prime. Vous devez lire votre Entente et votre certificat d'assurance ensemble pour déterminer l'assurance à laquelle vous êtes admissible et dont les couvertures s'appliquent à vous.

Dans le présent certificat d'assurance, certains termes ont une signification précise et particulière. Par exemple, les termes « nous », « notre », « nos » et la « compagnie » signifient American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (ABLAC) et/ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (ABIC), compagnies d'assurance de la couverture particulière, désignées individuellement ou collectivement, selon le cas. ABLAC, ABIC et leurs sociétés affiliées exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination sociale Assurant. Les termes « vous », « votre » et « vos » signifient la personne assurée nommée sur l'Entente que vous avez signée avec le Créancier lorsque la prime a été indiquée et que la prime est payée conformément au certificat. Veuillez consulter le présent certificat et la section des définitions à la fin de ce certificat pour connaître les autres définitions.

### INTRODUCTION

Vous êtes couvert à la Date d'entrée en vigueur de l'assurance au titre de la police d'assurance collective des créanciers (la police collective) émise par nous au Créancier, sous réserve des modalités de couverture décrites dans le présent certificat d'assurance.

L'objectif du présent certificat d'assurance est de vous fournir un résumé des dispositions de la police collective. Cependant, nous payons des prestations selon le libellé de la police collective. En cas de conflit ou de manque de cohérence entre les stipulations du présent certificat et de la police collective, celles de la police collective auront préséance sauf stipulation contraire d'une loi applicable. Le présent certificat d'assurance remplace tout autre certificat d'assurance qui vous a été émis antérieurement relativement à la police collective.

### Définitions

Dans le cadre du présent certificat d'assurance, les termes suivants ont la signification suivante :

« **Assureur** » signifie (1) American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride pour les assurances Perte d'emploi involontaire et Blessure/Maladie; et (2) American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride pour les assurances vie et Maladie grave.

« **Blessure** » signifie une blessure corporelle, une plaie ou un traumatisme, résultant directement et indépendamment de toutes autres causes d'un accident causé par un moyen externe, violent et accidentel. Nous définissons accident comme étant un événement soudain, imprévu et fortuit qui a lieu pendant que vous êtes assuré au titre de la police collective.

« **Condition préexistante** » signifie une condition médicale, un symptôme ou une maladie diagnostiquée ou non diagnostiquée pour lesquels vous avez reçu un avis médical, une consultation, une investigation, un diagnostic ou pour lesquels un traitement a été nécessaire ou recommandé par un médecin, au cours des 12 mois précédant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance.

« **Créancier** » signifie easyfinancial Services Inc.

« **Date d'entrée en vigueur de l'assurance** » signifie la première des dates suivantes : la date figurant sur l'Entente ou la date à laquelle les fonds sont avancés.

« **Entente** » signifie une convention de prêt personnel ou un contrat de vente à tempérament du Prêteur signé(e) par vous et joint(e) au présent certificat d'assurance.

« **Employé saisonnier** » signifie une personne assurée dont l'emploi habituel est lié aux conditions saisonnières et pour lequel une mise à pied ou une suspension de travail est considérée être normale et prévue selon l'horaire de travail.

« **Hôpital** » signifie un établissement agréé qui est exploité dans le but de fournir des soins et des traitements aux personnes blessées et malades et qui :

1. fournit des installations organisées pour le diagnostic et la chirurgie importante;
2. assure des services infirmiers 24 heures sur 24 par des infirmiers autorisés et la présence régulière d'un médecin;
3. n'est pas principalement exploité ni comme une maison de repos, ni comme un foyer de soins de longue durée et ni comme un endroit pour soigner et traiter les personnes aveugles ou sourdes et les malades mentaux;
4. n'est pas principalement exploité comme un centre de soins pour les personnes toxicomanes ou alcooliques à moins que l'établissement soit admissible à recevoir des paiements au titre d'un régime d'hospitalisation provincial.

« **Hospitalisation** » signifie un séjour dans un Hôpital en tant que malade hospitalisé.

« **Maladie** » signifie une maladie ou affection qui se manifeste pour la première fois pendant que vous êtes assuré au titre de la police collective. « Maladie » inclut maladie, conditions ou troubles nerveux, psychologiques, émotifs ou comportementaux.

« **Médecin** » signifie un docteur en médecine (*Medicinæ Doctor*) dûment habilité à exercer la médecine, ou tout autre médecin praticien reconnu par le Collège royal des médecins et chirurgiens de la province ou du pays où le traitement est prodigué. Le médecin doit être une personne autre que vous-même ou qu'un membre de votre famille immédiate. La famille immédiate inclut le conjoint, les parents, le conjoint de l'un des parents, l'enfant ou l'enfant du conjoint, le frère ou la sœur, le demi-frère ou la demi-sœur, le beau-frère ou la belle-sœur, le beau-père ou la belle-mère, et le beau-fils ou la belle-fille.

« **Personne employée** » signifie une personne qui travaillait à plein temps contre un salaire ou une autre forme de rémunération pour un ou plusieurs employeurs, à raison d'au moins 20 heures par semaine immédiatement avant la date à laquelle votre chômage involontaire a commencé. Le travail de 20 heures doit être continu et ne doit pas être calculé en moyenne.

« **Perte d'emploi involontaire** » signifie :

1. cessation d'emploi sans cause; ou

2. mise à pied; ou
3. cessation d'emploi en raison d'une Maladie.

### NOTRE CONTRAT AVEC VOUS

Si votre prime est indiquée sur votre Entente et qu'elle est payée conformément au certificat et que l'information que vous avez fournie au moment d'adhérer est complète et exacte, nous consentons à payer les prestations suivantes au Créancier, sous réserve des modalités et des exclusions applicables de la présente assurance :

1. la prestation de décès décrite ci-dessous, si vous décédez pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective;
2. la prestation de Blessure ou de Maladie, décrite dans le *Tableau de prestation de Blessure ou de Maladie* ci-dessous, si vous subissez un sinistre particulier pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective;
3. la prestation de Maladie grave, si vous subissez un sinistre particulier pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective;
4. la prestation de Perte d'emploi involontaire décrite ci-dessous, si vous perdez votre emploi involontairement pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective.

### QUI PEUT ADHÉRER À CE RÉGIME D'ASSURANCE

Si vous êtes nommé sur l'Entente du Créancier, vous pouvez adhérer au Régime de protection de crédit sous réserve des conditions d'admissibilité générales énumérées ci-dessous.

En ce qui concerne l'adhésion à cette couverture d'assurance, son annulation et ses modifications, nous avons le droit de nous fier à l'information et aux instructions que nous nous avez fournies. Tous les avis et toute autre correspondance se rapportant à cette assurance seront envoyés à votre adresse figurant dans les dossiers du Créancier. Le Régime de protection de crédit est volontaire. Vous n'avez pas besoin de l'acheter pour obtenir un financement.

### DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

La Date d'entrée en vigueur de l'assurance est la première des dates suivantes : la date figurant sur l'Entente ou la date à laquelle les fonds sont avancés. Toutes les périodes de couverture commencent et prennent fin à 00 h 01 à votre dernière adresse, telle qu'indiquée dans les dossiers du Créancier.

### PRIMES

#### Modalités de paiement

Vous avez accepté que nous facturions la prime indiquée sur votre Entente pour la couverture au titre du Régime de protection de crédit. Nous avons le droit de changer la prime de temps en temps. Les primes sont payables pour chaque Billet à ordre que vous avez signé.

#### CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ GÉNÉRALES

Il y a des conditions particulières qui s'appliquent à chacune des couvertures particulières offertes au titre de ce régime d'assurance. Veuillez consulter la description de la couverture applicable ci-dessous pour ces conditions particulières. Les conditions d'admissibilité générales suivantes s'appliquent à toutes les couvertures au titre du Régime de protection de crédit. Vous devez répondre à tous les critères suivants pour être couvert ou être admissible à recevoir les prestations au titre de cette assurance :

1. Vous devez être un résident canadien à la date où vous faites la demande de cette assurance.
2. Vous devez être âgé de moins de 70 ans à la date où vous faites la demande de cette assurance.
3. Vous devez avoir accepté les modalités de l'Entente.

#### EXCLUSIONS GÉNÉRALES

##### Exclusions

Nous ne payons aucune prestation au titre de cette assurance si votre décès, votre Blessure, votre Maladie, votre Maladie grave ou votre Perte d'emploi involontaire sont le résultat direct ou indirect de l'une des conditions suivantes :

1. une Condition préexistante (nous renoncerons à cette exclusion si votre décès, votre Blessure, votre Maladie ou votre Maladie grave ont lieu plus de 3 mois après la Date d'entrée en vigueur de l'assurance);
2. une Blessure intentionnellement auto-infligée;
3. un suicide ou une tentative de suicide en étant sain d'esprit ou non (pour la prestation de décès, cette exclusion est seulement applicable dans les 24 premiers mois suivant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance);
4. la perpétration ou une tentative de perpétration par vous d'un acte criminel qui, s'il était jugé par un tribunal, serait considéré comme illégal dans le cadre des lois du ressort territorial où il a été commis;
5. un voyage ou un vol à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne sauf à titre de passager payant à bord d'un transporteur aérien régulier agréé;
6. un accident, une Blessure ou une Maladie qui survient après que vous avez consommé, utilisé ou que vous vous êtes fait administrer une drogue, un médicament, un narcotique, une substance toxique ou

toute autre substance, à l'exception de tout médicament utilisé en stricte conformité à l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste agréé; la conduite d'un véhicule sous l'influence d'une substance intoxicante ou si la concentration d'alcool dans votre sang est supérieure à la limite légale dans le ressort territorial où l'accident a eu lieu;

8. une guerre déclarée ou non déclarée, ou toute contamination nucléaire, chimique ou biologique en raison de n'importe quel acte de terrorisme.

### PAIEMENT MAXIMAL DE PRESTATION

Aucune prestation n'est payable en vertu d'une disposition quelconque des couvertures si la prestation de décès, 100 % de la prestation de Blessure ou de Maladie, la prestation de Maladie grave ou la prestation de Perte d'emploi involontaire est payée ou a été payée pour votre décès, votre Blessure, votre Maladie, votre Maladie grave ou votre Perte d'emploi involontaire au titre de cette assurance.

### COUVERTURE EN CAS DE DÉCÈS (ASSURANCE VIE) OU DE MALADIE GRAVE

#### Ce que nous payons

Le montant de la prestation de décès ou de Maladie grave correspondra au MOINS ÉLEVÉ des montants suivants :

1. le montant du solde impayé dû au titre de votre Entente à la date de votre décès ou à la date où vous avez reçu votre diagnostic de Maladie grave, ou
2. le montant de 15 000 \$ représentant le montant maximal que nous payons en cas de décès ou de Maladie grave.

#### Conditions particulières de prestation

1. La prestation de décès sera payée seulement si vous décédez avant d'atteindre l'âge de 75 ans.
2. La prestation de Maladie grave sera payée seulement si, pendant que vous êtes assuré pour la prestation de Maladie grave, vous recevez un diagnostic de cancer qui met votre vie en danger, vous êtes victime d'un accident vasculaire cérébral, d'un infarctus du myocarde ou vous souffrez d'une insuffisance rénale; ou vous recevez une greffe d'un organe vital, pour la première fois dans votre vie et avant d'atteindre l'âge de 70 ans. La prestation de Maladie grave ne sera pas payée plus d'une fois.
3. Si nous payons la prestation de Maladie grave, nous ne paierons pas la prestation de décès.

#### Exclusions

Nous ne paierons pas la prestation de décès si votre décès ou votre Maladie grave est le résultat direct ou indirect de l'une des exclusions énumérées dans la section « Exclusions générales ».

### COUVERTURE EN CAS DE BLESSURE OU DE MALADIE

#### Ce que nous payons

Si vous subissez une Blessure ou êtes atteint d'une Maladie, nous paierons la prestation calculée, tel qu'expliqué dans le *Tableau de prestation de Blessure et de Maladie* ci-dessous, sous réserve des restrictions suivantes :

1. En cas de **Blessure** seulement, si vous avez subi une fracture d'un ou de plusieurs os ou de deux ou de plusieurs doigts relativement à la même Blessure, à l'exception des ortels, et si une telle fracture nécessite une fixation, une chirurgie ouverte de greffage ou une fixation métallique et que vous étiez incapable de travailler, OU
2. En raison d'une **Blessure** ou d'une **Maladie**, vous étiez incapable de travailler pendant 10 jours ouvrables consécutifs, et après avoir été incapable de travailler pendant 10 jours ouvrables consécutifs et pour soit la Blessure soit la Maladie, dès réception d'un avis de sinistre documenté approprié, le montant maximal de la prestation correspondra au **MOINS ÉLEVÉ** des montants suivants :
  - a) six paiements de prestation mensuelle, ou
  - b) le montant du solde impayé dû au titre de votre Entente à la date de votre Blessure ou de votre Maladie, ou
  - c) 4 000 \$ par compte assuré.

#### Tableau de prestation de Blessure ou de Maladie

1. Nous effectuerons un paiement initial selon votre mode de paiement correspondant à 1 versement mensuel, à 2 versements à chaque 2 semaines ou à 4 versements hebdomadaires; et
2. Par la suite, pour chaque période de 30 jours, si vous demeurez incapable de travailler et si vous fournissez les documents de sinistre appropriés, nous effectuerons un paiement supplémentaire correspondant à 1 versement mensuel, à 2 versements à chaque 2 semaines ou à 4 versements hebdomadaires, sous réserve du montant maximal de prestation indiqué ci-dessus.

#### Conditions particulières de prestation

La prestation de Blessure ou de Maladie ne sera payée que si vous subissez un sinistre décrit dans le *Tableau de prestation de Blessure et de Maladie* pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective.

## Exclusions

Nous ne paierons pas la prestation de Blessure ou de Maladie si votre Blessure ou votre Maladie est le résultat direct ou indirect de l'une des exclusions énumérées dans la section « Exclusions générales ».

## Preuve de sinistre

En plus de la preuve générale en matière de sinistre mentionnée dans les sections « Avis de sinistre », « Formulaire de demande de règlement et preuve de sinistre » du présent certificat d'assurance, les conditions de preuve particulières suivantes s'appliquent.

À titre justificatif pour votre demande de règlement, nous demandons une déclaration écrite de la part de votre employeur et de votre médecin et/ou de l'Hôpital où vous avez été soigné, sous une forme que nous jugeons satisfaisante, attestant que vous avez subi un sinistre particulier décrit dans le *Tableau de prestation de Blessure ou de Maladie*.

Nous devons recevoir l'avis de sinistre dans les **30 jours** suivant la date de la Blessure ou Maladie pour laquelle la demande de règlement est effectuée et la preuve de sinistre dans les **90 jours** suivant la date de la Blessure ou Maladie. Le défaut de fournir un avis de sinistre ou une preuve de sinistre dans le délai prescrit n'annulera pas la demande de règlement si l'avis ou la preuve sont fournis aussitôt que raisonnablement possible et jamais plus tard qu'**un an** à partir de la date de la Blessure ou Maladie s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir l'avis ou la preuve dans le délai prescrit.

## COUVERTURE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

### Ce que nous payons

Si votre Perte d'emploi involontaire est la conséquence d'une mise au pied ou d'une cessation de votre emploi sans motif et sous réserve des documents appropriés que nous avons reçus concernant le sinistre, nous paierons la prestation calculée comme décrite dans le *Tableau de prestation de Perte d'emploi involontaire* ci-dessous.

Le montant maximal de prestation de Perte d'emploi involontaire correspondra au **MOINS ÉLEVÉ** des montants suivants :

1. six paiements de prestation mensuelle, ou
2. le montant du solde impayé dû au titre de votre Entente à la date de votre Perte d'emploi involontaire, ou
3. 4 000 \$ par compte assuré, ou
4. NUL, si :
  - a) vous avez été une Personne employée pendant moins de 90 jours depuis la fin de votre période de chômage involontaire; ou
  - b) le paiement d'une prestation serait supérieur au paiement de prestation maximale au titre de la police collective; ou
  - c) une prestation de Blessure ou de Maladie a déjà été payée.

### Tableau de prestation de Perte d'emploi involontaire

1. Nous effectuerons un paiement initial selon votre mode de paiement correspondant à 1 versement mensuel, à 2 versements à chaque 2 semaines ou à 4 versements hebdomadaires; et
2. Par la suite, pour chaque période de 28 jours, si vous êtes toujours en chômage involontaire et que vous fournissez les documents de sinistre appropriés (preuve de l'assurance-emploi ou de l'aide sociale), nous effectuerons un paiement supplémentaire correspondant à 1 versement mensuel, à 2 versements à chaque 2 semaines ou à 4 versements hebdomadaires, sous réserve du montant maximal de prestation indiqué ci-dessus.

### Conditions particulières de prestation

La prestation de Perte d'emploi involontaire ne sera payée que si :

1. vous subissez une Perte d'emploi involontaire et que vous étiez une Personne employée immédiatement avant le début de votre chômage involontaire;
  - a) pendant au moins 90 jours ouvrables consécutifs; ou
  - b) pendant 60 à 85 jours consécutifs auprès de votre employeur actuel; ou
  - c) vous n'êtes pas admissible à l'assurance-emploi mais vous avez travaillé pour le même employeur pendant au moins 90 jours ouvrables consécutifs; ou
2. votre emploi a cessé en raison d'une Maladie.

Le jour suivant votre dernier jour de travail, tel qu'indiqué sur votre avis de mise à pied ou de cessation d'emploi, sera considéré être la date de Perte d'emploi involontaire, quelle que soit la date de prise d'effet de la mise au pied ou de la cessation d'emploi indiquée dans un tel avis.

Pour une demande de prestations, vous devez subir une Perte d'emploi involontaire avant votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

## Exclusions

Nous ne paierons pas la prestation de Perte d'emploi involontaire :

1. si la perte d'emploi est en conséquence d'une Maladie qui est le résultat direct ou indirect de l'une des exclusions énumérées dans la section « Exclusions générales »;
2. si vous êtes un Employé saisonnier;
3. si vous perdez votre emploi involontairement dans les 2 jours ouvrables suivant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance (à moins que vous soyez assuré au titre de la présente police collective immédiatement avant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance pour une Entente antérieure); ou
4. si vous saviez que vous alliez perdre votre emploi involontairement lors de votre demande de couverture; ou
5. si votre Perte d'emploi involontaire est le résultat direct ou indirect des situations suivantes :
  - a) démission ou départ à la retraite de votre emploi,
  - b) congédiement de votre emploi avec motif, ou
  - c) conflit de travail ou lock-out.
6. pour Maladie ou Blessure pour lesquelles des prestations ont été payées ou seront payables en vertu d'une autre disposition de prestation du présent certificat d'assurance.

Nous définissons un « conflit de travail » comme un arrêt de travail par un groupe d'employés, auquel vous appartenez, aux fins de limiter la

production d'un ou de plusieurs employeurs. Nous définissons un « lock-out » comme une décision prise par un employeur de fermer temporairement votre lieu de travail ou de suspendre votre emploi sans y mettre fin.

## Preuve de sinistre (Perte d'emploi involontaire)

En plus de la preuve générale en matière de sinistre mentionnée dans la section « Présenter une demande de règlement » du présent certificat d'assurance, les conditions de preuve particulières suivantes s'appliquent. Si vous étiez employé, nous demandons, à titre justificatif pour votre demande de règlement pour Perte d'emploi involontaire :

1. une information de vos anciens employeurs; et
2. une preuve qu'au cours des 15 jours suivant la date de début de votre chômage involontaire, vous vous êtes inscrit auprès de Emploi et Développement social Canada (EDSC) pour recevoir vos prestations d'assurance-emploi ou une preuve que vous avez reçu le maximum de prestations de EDSC; et vous devez rester inscrit auprès de EDSC aussi longtemps que vous êtes admissible aux prestations de EDSC. Il se peut que nous vous demandions de nous fournir une preuve de la prolongation de votre chômage involontaire aussi souvent que nécessaire après que le paiement de votre prestation de Perte d'emploi involontaire commence.

## DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES APPLICABLES À TOUTES LES COUVERTURES

### Présenter une demande de règlement

#### Bénéficiaire

**Cette police contient une disposition qui supprime ou limite le droit du groupe d'assurés de désigner les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles le produit de l'assurance devra être payé.**

#### Avis de sinistre et formulaires de demande de règlement

Vous ou quelqu'un qui vous représente devez nous aviser de votre décès, de votre Maladie, de votre Maladie grave, de votre Blessure ou de votre Perte d'emploi involontaire dans les 30 jours qui suivent le sinistre en question. Vous ou votre représentant pouvez nous aviser en communiquant avec nos représentants du service à la clientèle en téléphonant au 1 800 663-9822 ou en nous écrivant à l'adresse de notre bureau :

Assurant

C. P. 7200 Kingston (Ontario) K7L 5V5

Tout avis écrit doit inclure le numéro de la police collective.

Nous vous enverrons, à vous ou à votre représentant, un formulaire de demande de règlement et des instructions concernant la soumission d'une demande de règlement après que nous aurons reçu un avis de sinistre verbal ou écrit.

#### Preuve de sinistre

Vous ou quelqu'un qui vous représente devez nous envoyer à l'adresse indiquée dans la section « Avis de sinistre et formulaires de demande de règlement » une preuve écrite de votre sinistre dans les 90 jours qui suivent votre sinistre. La preuve de sinistre inclut le formulaire de demande de règlement rempli et une documentation justificative incluant une autorisation signée nous donnant la permission de nous renseigner auprès de votre employeur, de votre médecin, de votre Hôpital ou de votre professionnel de la santé sur votre santé ou votre emploi dans les 90 jours suivant la date à laquelle nous avons reçu la preuve de votre décès, de votre diagnostic de Maladie grave, de votre Blessure, de votre Maladie ou de votre Perte d'emploi involontaire.

Si nous ne recevons pas la preuve de sinistre dans le délai prescrit, nous ne traiterons la demande de règlement que si vous nous donnez une cause raisonnable du retard. Cependant, nous ne prolongerons pas la date d'échéance au-delà d'un an à partir de la date du sinistre pour lequel les prestations sont demandées, sauf dans le cas d'une demande de règlement d'assurance vie où le délai prescrit ne s'applique pas.

Tout coût pour remplir un formulaire de demande de règlement ou soumettre un document justificatif pour votre demande de règlement sera à vos frais ou aux frais de votre représentant.

Les prestations ne seront pas payées si vous ou votre représentant refusez de fournir un formulaire de demande de règlement, un document ou une preuve que nous demandons, ou pouvons demander, à titre justificatif pour votre demande de règlement.

#### Droits d'examen

En cas de décès, nous avons le droit de demander une autopsie, si la loi le permet.

#### Résiliation de la couverture

Votre couverture au titre de la police collective sera automatiquement résiliée à la première des dates suivantes :

1. la date de votre décès;
2. votre 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance pour l'assurance vie;
3. votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance pour l'assurance Maladie grave, Blessure ou Maladie et Perte d'emploi involontaire;
4. la date à laquelle la dette de l'Entente fait l'objet d'une quittance, est payée ou est refinancée;
5. la date à laquelle le Créancier demande une annulation en raison d'un défaut de paiement de la dette en vertu de l'Entente, le cas échéant;
6. la date à laquelle le nombre maximal de paiements de prestation ont été effectués;
7. la date à laquelle le montant maximal de prestation a été payé;
8. la date à laquelle nous avons reçu votre demande d'annulation de couverture;
9. la date à laquelle la police collective prend fin;
10. la date à laquelle nous avons payé un total combiné de 15 000 \$ en paiements de prestation de décès ou de Maladie grave ou un total combiné de 6 000 \$ en paiements de prestation de Blessure ou de Maladie ou de Perte d'emploi involontaire vis-à-vis de tous vos Ententes couvertes au titre des polices collectives du Régime de protection de crédit émises par la compagnie dans n'importe quelle période de 24 mois.

Si nous résilions la police collective, un avis écrit d'une telle résiliation vous sera expédié 31 jours à l'avance de la date de résiliation.

## Annulation de la couverture

Vous pouvez annuler votre couverture à tout moment en communiquant avec nos représentants du service à la clientèle au 1 800 663-9822 ou en nous écrivant à l'adresse de notre bureau :

Assurant

C. P. 7200 Kingston (Ontario) K7L 5V5

## Droit d'examiner la présente assurance

Si vous nous fournissez un avis que vous souhaitez annuler la présente assurance dans les 30 jours qui suivent votre réception du présent certificat d'assurance, toutes les primes que vous avez payées seront remboursées en les portant au crédit de votre compte. Si vous nous fournissez un avis que vous souhaitez annuler la présente assurance plus de 30 jours après avoir reçu le présent certificat d'assurance, aucune prime que vous avez payée ne sera remboursée.

## AUTRE IMPORTANTE INFORMATION

### Détails du contrat

Le contrat d'assurance inclut la police collective, tout avenant à la police collective et n'importe quelle proposition utilisée pour l'adhésion, comme la proposition de succursale. Les déclarations verbales ne peuvent modifier votre couverture telle que décrite dans le présent certificat d'assurance et l'Entente. De telles déclarations ne sont pas légalement contraignantes.

Le Créancier et la compagnie peuvent convenir de temps en temps de modifier la police collective. Aucun avenant n'est valide que si les représentants autorisés du Créancier et de la compagnie l'approuvent. Vous recevrez un préavis écrit de 30 jours pour l'avenant. Vous serez réputé avoir reçu un tel avis le troisième jour ouvrable après qu'il est expédié à l'adresse du demandeur principal tel qu'indiqué dans nos dossiers.

En cas d'erreurs d'écriture de la part du Créancier ou de notre part dans la tenue des dossiers concernant la police collective, ces erreurs ni modifieront, ni invalideront votre couverture, ni la continueront si elle avait autrement pris fin pour des raisons valables.

### Remplacement de l'assureur

Si le Créancier souhaite remplacer la présente police collective par un autre contrat d'assurance collective du créancier, le remplacement peut avoir lieu conformément aux exigences suivantes :

1. le Créancier doit fournir un préavis de modification d'au moins 30 jours à chaque personne assurée au titre de la police existante, lequel avis doit divulguer la date à laquelle la modification entre en vigueur ainsi que toute modification concernant (i) l'identité de l'assureur, (ii) le coût de l'assurance, (iii) les prestations d'assurance, (iv) les autres modalités de l'assurance, ou (v) tout autre élément dont il est question dans le certificat d'assurance au titre de la police existante;
2. lorsqu'une telle modification a lieu, sous réserve de votre droit d'annuler une telle couverture, le certificat d'assurance émis au titre la police précédente conjointement avec tout avenant décrit au paragraphe 1 ci-dessus constituera le certificat d'assurance au titre du nouveau contrat d'assurance collective du créancier, sauf que les demandes de règlement pour les sinistres ayant eu lieu avant la date de modification seront présentées à nous et les demandes de règlement pour les sinistres ayant eu lieu après la date de modification seront présentées au nouvel assureur.

### Protection de vos renseignements personnels

Nous nous engageons à protéger les renseignements personnels de nos clients conformément aux bonnes pratiques commerciales. Nous pouvons recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels que nous avons fournis ou que d'autres peuvent nous fournir avec votre consentement ou tel que requis et autorisé par la loi. Les renseignements personnels incluent votre nom, vos coordonnées, votre dossier client et vos préférences en matière de produits. Nous pouvons utiliser ces renseignements pour : vous servir en tant que client; communiquer avec vous; créer des statistiques concernant notre entreprise pour mieux comprendre les besoins et les préférences de nos clients; et vous renseigner sur d'autres produits et services offerts par nous ou par des tierces parties présélectionnées. Nous pouvons traiter et conserver vos renseignements aux États-Unis où ils peuvent faire l'objet d'accès par les autorités américaines en vertu des lois applicables. Vous pouvez obtenir une copie de la politique sur la vie privée en composant le **1 888 778-8023** ou à partir de notre site Web ([www.assurantsolutions.ca/privacy-fr](http://www.assurantsolutions.ca/privacy-fr)). Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la politique sur la vie privée ou vos options pour refuser ou retirer ce consentement, y compris votre option de ne pas être contacté à propos d'offres de produits et de services, vous pouvez nous appeler au numéro susmentionné.

### Droit de recevoir des titres

Vous et tout demandeur au titre de la police collective avez le droit d'obtenir des copies de votre proposition d'assurance ainsi qu'une copie de la police collective en écrivant à l'adresse ci-dessous :

Assurant

Siège social canadien

5000, rue Yonge, bureau 2000

Toronto (Ontario) M2N 7E9

### Renonciation

Si, à n'importe quel moment, nous renonçons à une disposition quelconque de la police collective, cela ne signifie pas que nous renonçons à cette disposition de manière permanente. Aucune renonciation à une disposition n'aura force obligatoire sur nous, à moins qu'elle soit faite par écrit et signée par les représentants autorisés du Créancier et de la compagnie.

### Action en justice

Chaque action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement du produit d'assurance payable en vertu du présent contrat est absolument interdite sauf si elle est entamée dans les délais indiqués dans la *Loi sur les assurances*, la *Loi sur la prescription des actions* ou toute autre loi applicable dans votre province ou votre territoire.

**Fausse déclaration sur l'âge**

Nous utiliserons votre âge véritable pour déterminer le paiement de prestation ou non.

**Qui reçoit les paiements de prestation**

Toute prestation payable au titre de la police collective sera payée au Créancier à moins que l'Entente ait été entièrement payée.

**Devise**

Tout paiement à nous ou par nous sera effectué en devise canadienne.

**Interdiction de cession**

Vous ne pouvez pas céder vos droits ou intérêts concernant votre couverture à quiconque.