

4. Les indemnités d'Assurance-invalidité Accident et Maladie payables aux termes de votre Certificat, combinées aux indemnités payables aux termes de tous les autres certificats d'assurance-crédit collective que nous vous avons délivrés, ne dépasseront pas le plus élevé des montants maximum globaux d'assurance indiqué dans l'un ou l'autre de vos certificats. En pareil cas, l'obligation aux termes du présent Certificat sera rajustée au prorata de l'ensemble de vos autres certificats d'assurance-crédit collective.
5. Si le débiteur et le codébiteur sont Totalement invalides en même temps ou confrontés à une Perte d'emploi involontaire et qu'ils sont assurés tous les deux, un seul versement mensuel assuré par mois sera effectué dans le cas de toute indemnité d'assurance demandée dans le cadre de l'Assurance-invalidité ou de l'Assurance-vie.
6. Si l'option « Assurance récurrente » est choisie à la page 1 du présent Certificat, le montant total des indemnités payables par réclamation doit se limiter à 6 fois le versement mensuel assuré indiqué dans le présent Certificat. Dans le cas d'une demande ultérieure, l'Assuré devra être retourné au travail pour une période minimum de 90 jours.
7. Si votre Invalidité totale a pour cause directe ou accessoire :
 - (a) une condition ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique, après une période d'indemnités de trois mois, les paiements ne seront versés que si vous voyez régulièrement un Spécialiste licencié tel qu'un psychiatre, un psychologue ou un neurologue et la période d'indemnité n'excèdera jamais 6 mois par réclamation.
 - (b) une Maladie ou une Blessure du cou ou du dos, y compris mais ne se limitant pas à la colonne lombaire, thoracique ou cervicale, après une période d'indemnité de deux mois, les paiements ne seront versés que si vous êtes sous les soins d'un Spécialiste licencié tel qu'un neurologue, un neurochirurgien, un physiatre, un chirurgien orthopédiste ou un rhumatologue et la période d'indemnité n'excèdera jamais 6 mois par réclamation.
8. L'âge de l'Assuré le plus âgé détermine le montant maximal d'assurance.

SECTION 7 – CONDITIONS DE PAIEMENT

1. Les formulaires de demande d'indemnité doivent être remplis et soumis à l'Assureur dans les 90 jours qui suivent la date de la Perte d'emploi involontaire, du Diagnostic de la MG ou de l'Invalidité totale faisant l'objet de la demande et, par la suite, selon nos exigences. S'il n'est pas raisonnablement possible de remplir et de soumettre les formulaires susdits dans les 90 jours, ceux-ci doivent être présentés dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard dans un délai de 2 ans à compter du moment où ils sont normalement requis. Si nous recevons les formulaires de demandes d'indemnité pour invalidité ou Perte d'emploi involontaire plus de 90 jours après le début de l'Invalidité totale ou de la Perte d'emploi involontaire, la rétroactivité des indemnités sera limitée à la période de 90 jours qui précède la date de réception des formulaires de demande d'indemnité. Pour l'Assurance-vie, les formulaires de demande d'indemnité doivent être remplis et soumis à l'Assureur dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Il incombe à l'Assuré d'assumer tous les frais requis pour établir la preuve de la demande d'indemnité.
2. Dans le cadre du traitement de toute demande d'indemnité, nous avons le droit d'exiger une preuve satisfaisante d'admissibilité et des éléments suivants : a) de la date : 1) de naissance, 2) du décès, 3) de la Perte d'emploi involontaire, 4) de la MG, 5) de l'Invalidité totale; et b) des circonstances ayant causé ou ayant contribué à la demande d'indemnité; et c) une description détaillée de tous les traitements reçus avant et après la Date d'effet de l'assurance et une preuve de l'établissement financier (et de l'entité qui a financé la prime totale, si différente) que le montant d'assurance n'a pas été payé, modifié ou révisé.
3. Vous devez être suivi régulièrement et traité par un médecin dûment qualifié (docteur en médecine), à notre satisfaction, pendant que vous êtes Totalement invalide.
4. Nous aurons le droit de vous faire examiner par un médecin dûment qualifié dans les dix jours aussi souvent que nous l'exigerons d'une manière raisonnable durant la période pour laquelle des indemnités d'Assurance-invalidité sont demandées. Si vous omettez ou négligez de subir un tel examen de manière raisonnable, nous serons en droit de mettre fin au paiement de votre Assurance-invalidité.
5. Il vous incombe d'effectuer les versements mensuels qui viennent à échéance pendant que vous dépendons à l'examen de la demande d'indemnité, sujet à notre remboursement par le médiateur de l'assurance ou le financier (et de l'entité qui a financé la prime totale, si différente) pendant la période pour laquelle des sommes tenus du paiement des versements mensuels ont été versés. Nous ne paierons aucun versement mensuel ni aucun versement additionnel au titre de la Somme financée à la date du décès, de la Perte d'emploi involontaire, du Diagnostic de la MG ou de l'Invalidité totale.
7. Dans le cas où vous ne rempliriez pas les conditions d'admissibilité pour souscrire à l'Assurance, notre seule obligation sera de rembourser la prime qui a été acquittée. Le remboursement sera envoyé à l'établissement financier (ou à l'entité qui a financé la prime totale, si différente) désigné(e) dans le Certificat.
8. Pour recevoir une indemnité d'Assurance-vie ou d'Assurance-MG, l'Assuré devra respecter les conditions suivantes :
 - (a) soumettre, immédiatement après le décès, si possible, une preuve satisfaisante de chômage en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* (Canada);
 - (b) être admis à percevoir et recevoir régulièrement des prestations en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* (Canada);
 - (c) chercher activement un emploi pendant la période de la Perte d'emploi involontaire;
 - (d) soumettre tous les formulaires de prestations reçues en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* (Canada).

SECTION 8 – CESSATION DE L'ASSURANCE

1. Le présent Certificat prendra fin à l'égard de tous les Assurés quand surviendra l'un des événements suivants :
 - (a) l'acquiescement de la dette relative à la Somme financée;
 - (b) la date d'échéance de l'Assurance;
 - (c) la prolongation des périodes de paiement ou l'augmentation de la somme payable au titre de la Somme financée (sous réserve du paragraphe 3 du présent article);
 - (d) la demande formelle, par l'établissement financier (ou l'entité qui a financé la prime totale, si différente), du paiement du montant intégral dû au titre de la Somme financée par suite de manquement de votre part;
 - (e) la reprise des biens faisant l'objet de la Somme financée, ou si ces biens font l'objet d'une action en justice;
 - (f) la réception par nous d'un avis écrit, signé par le débiteur et par le codébiteur, s'il en est, indiquant que vous désirez mettre fin à l'Assurance ou la réception par nous d'un appel téléphonique, effectué par le débiteur et par le codébiteur, s'il en est, mentionnant que vous désirez mettre fin à l'Assurance. L'enregistrement de l'appel constitue au même titre que l'avis écrit signé, une preuve suffisante;

- (g) le paiement d'un remboursement de prime, le cas échéant, aux termes du paragraphe 4 du présent article;
- (h) la date du décès du débiteur assuré en vertu de l'assurance individuelle, ou du débiteur et du codébiteur assurés en vertu de l'assurance conjointe; ou
- (i) le paiement par nous de l'indemnité d'Assurance-vie ou de MG.
2. Les protections spécifiques prendront fin quand surviendra l'un des événements suivants :
 - (a) l'Assurance-vie (si choisie) prendra fin à l'égard de tous les Assurés au 70e anniversaire de naissance de l'Assuré le plus âgé;
 - (b) l'Assurance-MG (si choisie) prendra fin à l'égard de tous les Assurés au 65e anniversaire de naissance de l'Assuré le plus âgé;
 - (c) l'Assurance-invalidité (si choisie) prendra fin à l'égard de tous les Assurés dès que le montant maximal global d'indemnités aux termes du présent Certificat et de tout certificat d'assurance émis par nous aura été versé;
 - (d) l'Assurance-invalidité et/ou Perte d'emploi involontaire (si choisie(s)) prendront fin à l'égard d'un Assuré à la date de son départ en retraite d'un emploi régulier ou Saisonnier;
 - (e) l'Assurance-invalidité (si choisie avec l'option Assurance variable) prendra fin à l'égard d'un Assuré dès que le Nombre maximum de versements mensuels assurés aura été versé;
 - (f) l'Assurance pour Perte d'emploi involontaire (si choisie) prendra fin à l'égard d'un Assuré dès que le Nombre maximum de versements mensuels assurés aura été versé, tel qu'indiqué dans le présent Certificat.
3. Sur demande écrite de votre part au moment de l'annulation de la Somme financée, nous pourrions à notre gré continuer d'offrir la protection prévue par le présent Certificat. Nous offrons une telle protection, la Date d'effet et la date d'échéance de l'Assurance, le montant de la prime et toutes les autres clauses et conditions demeureront inchangés.
4. S'il est mis fin à l'Assurance prévue par le présent Certificat à la suite d'échéance, vous devez demander par écrit ou par téléphone le paiement d'un remboursement de prime. Le montant de la prime NE SERA PAS calculé au prorata; il correspondra à la provision actuarielle au moment de l'échéance. Le montant de la prime sera payé à l'établissement financier (ou à l'entité qui a financé la prime totale, si différente), moins les frais d'administration (à moins toutes les indemnités payées. Le montant de la prime remboursée doit être soumise dans les 90 jours qui suivent la résiliation de l'assurance. Sinon vous pourriez vous voir imposer des frais d'administration supplémentaires.

Si la dette relative à la Somme financée est toujours impayée à la date de la cessation, le remboursement de la prime sera payé à l'établissement financier (ou à l'entité qui a financé la prime totale, si différente). Si la cessation de l'Assurance est due à la date d'échéance de la prime, le remboursement de la prime sera payé à l'établissement financier (ou à l'entité qui a financé la prime totale, si différente). Aucun remboursement de prime ne sera payé si la prime n'a pas été payée à l'échéance. Le montant de la prime sera payé à l'établissement financier (ou à l'entité qui a financé la prime totale, si différente) désigné(e) dans le Certificat.

ANNÉE D'ASSURANCE

C.1. (Colombie-Britannique) 1 (604) 733-9519 (Télécopieur)

Administration 1 (877) 671-9000 (Téléphone)

Réclamations 1 (800) 549-3333 (Téléphone) 1 (604) 733-9519 (Télécopieur)

Relations clients 1 (800) 549-3333 (Téléphone) 1 (450) 671-2525 (Télécopieur)

Relations clients 1 (800) 549-3333 (Téléphone) 1 (450) 671-2525 (Télécopieur)

Relations clients 1 (800) 549-3333 (Téléphone) 1 (450) 671-2525 (Télécopieur)

Pour plus d'informations au sujet des procédures de plainte, veuillez visiter :

<http://www.servicesconcessionnaires.ca/plaintes>

GARANTIE DE REMBOURSEMENT

Après la signature du présent Certificat, vous disposez d'un délai de 20 jours pour décider si vous désirez souscrire à l'Assurance. Si ce n'est pas le cas, veuillez renvoyer le Certificat à l'Assureur ou au détenteur/titulaire de la police collective auprès duquel vous l'avez obtenu. Nous annulerons votre Assurance à compter de la Date d'effet de l'assurance, et nous rembourserons les primes acquittées à l'établissement financier (ou à l'entité qui a financé la prime totale, si différente) désigné(e) dans le Certificat.

LIMITES D'ACTION

Toute action ou procédure judiciaire intentée contre un Assureur en vue de recouvrer des sommes payables en vertu du contrat d'assurance est réputée nulle et non avenue à moins que l'action ou la procédure judiciaire n'ait été déposée dans le délai spécifié dans la *Loi sur les assurances* ou autres lois applicables.

NO DE CERTIFICAT