AVANTAGE
Proposition d'assurance et/or Certificat d'assurance

DATE D'EFFET DEMANDÉE POUR L'ASSURANCE JJ/MM/AAAA	PLAN	N° DE CERTIFICAT
	70-Q	

ASSUREUR : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE (DÉTAILLANT)	N° DU DÉTAILLANT	FOURNISSEUR DE SERVICES INFORMATIQUES

N° D'INVENTAIRE	N° D'IDENTIFICATION DU VÉHICULE

NOM DU DÉBITEUR	PRÉNOM	GENRE	DATE DE NAISSANCE JJ/MM/AAAA
UNE PERSONNE SEULEMENT		❑ F ❑ H	

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

EXEMPTÉ DE TAXES – SI APPLICABLE, INSCRIRE N° CARTE DE STATUT	TÉLÉPHONE	COURRIEL
❑ N° CARTE DE STATUT :		

NOM DU CODÉBITEUR	PRÉNOM	GENRE	DATE DE NAISSANCE JJ/MM/AAAA
UNE PERSONNE SEULEMENT (PEUT ÊTRE ASSURÉ MÊME SI LE DÉBITEUR NE L'EST PAS)		❑ F ❑ H	

RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

EXEMPTÉ DE TAXES – SI APPLICABLE, INSCRIRE N° CARTE DE STATUT	TÉLÉPHONE	COURRIEL
❑ N° CARTE DE STATUT :		

RENSEIGNEMENTS SUR LE FINANCEMENT

❑ ACHAT ❑ LOCATION ❑ AUTRE : _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER	

APP.	RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

DATE DU PREMIER VERSEMENT JJ/MM/AAAA	DURÉE DU FINANCEMENT EN MOIS (MAXIMUM : 240 MOIS)	PÉRIODE D'AMORTISSEMENT EN MOIS (MAXIMUM : 240 MOIS)	TAUX D'INTÉRÊT

VERSEMENT MENSUEL (ASSURANCE EXCLUE)	SOMME FINANCÉE (ASSURANCE EXCLUE)	MONTANT TOTAL DU PRÊT ASSURÉ (ASSURANCE, INTÉRÊTS ET TAXES APPLICABLES INCLUS)	VALEUR RÉSIDUELLE (SI APPLICABLE) (TAXE DE VENTE INCLUSE, SI APPLICABLE)

ASSURANCE-VIE

ASSURÉ : ❑ Le débiteur ❑ Le codébiteur ❑ Les deux

DURÉE DE L'ASSURANCE (MOIS)	DATE D'ÉCHÉANCE DE L'ASSURANCE JJ/MM/AAAA

CHOISISSEZ **UNE** OPTION (Si la période d'amortissement ou la durée de financement est plus longue que celle de l'assurance, choisissez l'assurance "Plus")

❑ ASSURANCE-VIE UNIQUEMENT ❑ ASSURANCE-VIE + PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE ❑ ASSURANCE-VIE PLUS UNIQUEMENT ❑ ASSURANCE-VIE PLUS + PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

SOMME FINANCÉE ASSURÉE (INTÉRÊTS EXCLUS)	VALEUR RÉSIDUELLE ASSURÉE (SI APPLICABLE)	PRIME D'ASSURANCE	PRIME D'ASSURANCE POUR LE RÉSIDUEL (SI APPLICABLE)

PÉRIODE D'ATTENTE DE L'ASSURANCE POUR PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE (SI CHOISIE)	NOMBRE MAXIMUM DE VERSEMENTS MENSUELS ASSURÉS POUR PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE (SI CHOISIE)	VERSEMENT MENSUEL ASSURÉ POUR PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE (SI CHOISIE)
DÉLAI DE CARENCE DE 30 JOURS	CHOISISSEZ **UNE** OPTION : ❑ 3 ❑ 6	(ASSURANCE, INTÉRÊTS ET TAXES APPLICABLES INCLUS)

Montant maximal d'assurance (Somme financée assurée plus valeur résiduelle assurée) : 1 000 000 $ (âges 18-55), 250 000 $ (âges 56-70). Si une option avec assurance pour Perte d'emploi involontaire est choisie, montant maximal d'assurance (versement mensuel assuré) : 5 000 $/mois (âges 18-70). Durée maximale de l'Assurance-vie : 180 mois. Durée maximale de l'Assurance-vie et Perte d'emploi involontaire combinées : 84 mois. Prime d'assurance minimale (Prime d'assurance pour le résiduel incluse) : 75 $

ASSURANCE -MALADIE GRAVE (MG)

ASSURÉ : ❑ Le débiteur ❑ Le codébiteur ❑ Les deux

DURÉE DE L'ASSURANCE (MOIS)	DATE D'ÉCHÉANCE DE L'ASSURANCE JJ/MM/AAAA

CHOISISSEZ **UNE** OPTION
(Si la période d'amortissement ou la durée de financement est plus longue que celle de l'assurance, choisissez l'assurance "Plus")

❑ ASSURANCE-MG UNIQUEMENT ❑ ASSURANCE-MG PLUS

SOMME FINANCÉE ASSURÉE (INTÉRÊTS EXCLUS)	PRIME D'ASSURANCE

Montant maximal d'assurance (Somme financée assurée plus valeur résiduelle assurée) : 500 000 $ (âges 18-55), 250 000 $ (âges 56-60). Durée maximale de l'assurance : 180 mois. Prime d'assurance minimale (Prime d'assurance pour le résiduel incluse) : 75 $

VALEUR RÉSIDUELLE ASSURÉE (SI APPLICABLE)	PRIME D'ASSURANCE POUR LE RÉSIDUEL (SI APPLICABLE)

ASSURANCE -INVALIDITÉ

ASSURÉ : ❑ Le débiteur ❑ Le codébiteur ❑ Les deux

DURÉE DE L'ASSURANCE (MOIS)	DATE D'ÉCHÉANCE DE L'ASSURANCE JJ/MM/AAAA

PÉRIODE D'ATTENTE JOURS

CHOISISSEZ **UNE** OPTION : ❑ **DÉLAI DE CARENCE** L'assurance **ne couvre pas** la période d'attente. ❑ **INDEMNISATION RÉTROACTIVE** L'assurance **couvre** la période d'attente.

NOMBRE MAXIMUM DE VERSEMENTS MENSUELS ASSURÉS CHOISISSEZ **UNE** OPTION

❑ ASSURANCE – PÉRIODE COMPLÈTE ❑ ASSURANCE RÉCURRENTE (6 PAR RÉCLAMATION) ❑ ASSURANCE VARIABLE CHOISISSEZ **UNE** OPTION ❑ 12 ❑ 24

VERSEMENT MENSUEL ASSURÉ (ASSURANCE, INTÉRÊTS ET TAXES APPLICABLES INCLUS)	PRIME D'ASSURANCE

Montant maximal d'assurance (versement mensuel assuré) : 5 000 $/mois (âges 18-64). Montant maximal global d'assurance : 500 000 $
Durée maximale de l'assurance : 120 mois (âges 18-59), 84 mois (âges 60-64). Prime d'assurance minimale : 75 $

PRIME D'ASSURANCE TOTALE	
TAXE DE VENTE (SI APPLICABLE)	
COÛT TOTAL	

MODÈLE

1ère COPIE : Assureur **2ème COPIE :** Établissement financier **3ème COPIE :** Titulaire de la police collective **4ème COPIE :** Débiteur/Codébiteur

DÉCLARATION DU DÉBITEUR ET DU CODÉBITEUR

Je comprends que je dois remplir un Questionnaire complémentaire sur la santé (QCS) si :

a) le total de ma Somme financée et de la valeur résiduelle assurée dans le cadre de l'Assurance-vie ou MG excède 300 000 $; OU

b) mon versement mensuel dans le cadre de l'Assurance-invalidité excède 2 500 $.

En outre, je comprends que la présente proposition d'assurance sera entièrement soumise à la sélection des risques par l'Assureur, et que l'approbation écrite de l'Assureur sera requise pour que l'Assurance soit en vigueur si :

a) je réponds OUI à l'une ou l'autre des questions sur la santé; OU

b) le total de ma Somme financée et de la valeur résiduelle assurée dans le cadre de l'Assurance-vie ou MG excède 300 000 $.

Je comprends que l'Assureur peut demander un examen médical ou des tests sans frais pour moi. Je comprends qu'une fois approuvé, la présente proposition d'assurance et/ou Certificat d'assurance (collectivement ce "Certificat") constitue mon contrat d'assurance et mon Assurance commencera à la Date d'effet de l'assurance comme décrit ci-dessous. Les propositions d'assurance qui sont assujetties au QCS peuvent être refusées par l'Assureur au moyen d'un avis écrit envoyé par la poste à l'adresse indiquée dans la présente proposition d'assurance. Les primes payées, s'il en est, seront remboursées à l'établissement financier (ou à l'entité qui a financé la prime totale, si différente).

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Veuillez lire le présent document et signer ci-dessous. Il est important que vous compreniez le présent Certificat et que vous établissiez si vous êtes admissible à l'achat de la présente Assurance.

Je comprends que je suis admissible :

- Si la période d'amortissement maximale de mon prêt n'excède pas 240 mois.
- Si j'ai choisi l'Assurance-vie ou Perte d'emploi involontaire, je reconnais être âgé d'au moins 18 ans mais de moins de 71 ans.
- Si j'ai choisi l'Assurance-MG, je reconnais être âgé d'au moins 18 ans mais de moins de 61 ans.
- Si j'ai choisi l'Assurance-invalidité, je reconnais être âgé d'au moins 18 ans mais de moins de 65 ans.
- Si j'ai choisi l'Assurance-invalidité, je confirme que :
  - je suis apte à accomplir les fonctions habituelles de mon emploi; ET
  - je détiens un emploi rémunérateur et j'ai travaillé au moins 23 heures par semaine au cours des 4 dernières semaines (incluant les travailleurs autonomes qui ont un revenu minimal d'entreprise après frais d'exploitation d'au moins 9 000 $ par année); OU
  - j'ai occupé un emploi rémunérateur Saisonnier i) pendant au moins 11 semaines consécutives et au moins 25 heures par semaine au cours des 12 derniers mois; ou ii) j'ai versé des cotisations au Compte d'assurance emploi et travaillé pendant le nombre d'heures requis (ce nombre varie selon le lieu de résidence et le taux de chômage de la région) afin d'être éligible aux prestations de la *Loi sur l'assurance-emploi* (Canada).
- Si j'ai choisi l'Assurace pour Perte d'emploi involontaire, je confirme que :
  - je suis apte à accomplir les fonctions habituelles de mon emploi; ET
  - je détiens un emploi rémunérateur et j'ai travaillé au moins 23 heures par semaine au cours des 4 dernières semaines; ET
  - je ne suis ni travailleur autonome, ni travailleur saisonnier.

Je déclare avoir pris connaissance de ces conditions et qu'aucune protection ne sera accordée en tout ou en partie si je ne remplis pas les conditions d'admissibilité. Je confirme également que l'information donnée ci-dessus et à la page 1 est correcte et je comprends que toute réponse incorrecte ou fausse déclaration peut entraîner l'annulation du Certificat.

Je comprends que toute réclamation ayant pour cause directe ou accessoire une CONDITION PRÉEXISTANTE, telle que décrite à la page 2 de ce Certificat, ne sera pas couverte si l'événement faisant l'objet de la réclamation survient dans les 24 mois suivant la Date d'effet de l'assurance sauf pour l'Assurance-MG, en vertu de laquelle le cas ne sera jamais couvert.

Je comprends et j'accepte que les indemnités d'assurance payables en vertu du présent Certificat sont assujetties aux conditions d'admissibilité, aux limitations (incluant les limitations spéciales) et exclusions (incluant les conditions préexistantes), aux modalités et conditions générales et aux définitions décrites dans le présent Certificat.

J'AI REÇU UNE COPIE DES PAGES 1 À 4 DU PRÉSENT CERTIFICAT ET ON M'A CONSEILLÉ DE LE LIRE AU COMPLET. JE COMPRENDS QUE LA COUVERTURE EST FACULTATIVE. J'AI LU LA « DÉCLARATION DU DÉBITEUR ET DU CODÉBITEUR ».

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer l'Administrateur de ce Certificat de tous changements relatifs aux informations transmises, ce qui inclut de façon non exhaustive mon nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel. Dans le cas contraire, des délais pour traiter ma demande peuvent en résulter.

Je sais qu'aucune partie n'est autorisée à renoncer aux conditions du présent Certificat ni à les modifier et que toute modification manuelle/écrite ou tout changement apporté au présent Certificat annulera la protection. Je sais que le créditeur/titulaire de la police collective n'est pas un représentant de l'Assureur. **J'ai pris connaissance de la garantie de remboursement à la page 4.**

Je comprends que le présent Certificat comporte aussi des montants maximaux d'assurance et un montant maximal global d'assurance comme indiqués sur la page 1.

Sommaire – J'atteste par la présente avoir reçu le Sommaire. Pour recevoir une autre copie du Sommaire, veuillez contacter notre centre administratif au 1 877 671-9009.

Je reconnais avoir reçu et lu la description des couvertures qui figurent sur le présent Certificat de 4 pages et accepte ces dispositions. Je reconnais que je ne suis pas couvert par les couvertures pour lesquelles aucune prime n'est indiquée.

Prendre note que certaines conditions préexistantes ne sont pas couvertes par ce Certificat. Nous vous demandons de prendre connaissance de la définition de Condition préexistante que l'on trouve à la page 2.
Pour tout complément d'information sur les Conditions préexistantes, conditions d'admissibilité, limitations et exclusions, composez le 1 800 761-4655. Pour toute autre demande, composez le numéro figurant à la page 4.

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'atteste par la présente avoir reçu l'Avis relatif à la protection des renseignements personnels. J'ai également lu et complété la Page Votre consentement en annexe et je confirme qu'elle est conforme à mes préférences.

X		X	
DÉBITEUR	DATE (JJ/MM/AAAA)	CODÉBITEUR	DATE (JJ/MM/AAAA)

« Nous », « notre » ou « nos » s'entendent de l'Assureur. « Vous », « votre » ou «vos» s'entendent de l'Assuré ou du Proposant. Dans le présent Certificat, les termes commençant par une lettre majuscule ont le sens ou la valeur qui leur est donné sous la rubrique « Définitions » ou à la page 1 du Certificat. Toutes les clauses qui régissent la protection sont énoncées dans les présentes. En contrepartie de la réception du coût total applicable (et, s'il y a lieu, dès notre approbation), nous vous assurons uniquement pour la protection décrite dans le Certificat. Si aucune prime n'est indiquée ou si le montant d'une prime est nul, cela signifie que vous n'êtes pas couvert par ce type de protection. Votre protection entre en vigueur à la Date d'effet de l'assurance, telle que définie ci-après. Les sommes payables aux termes du présent Certificat seront versées à l'établissement financier (et à l'entité qui a financé la prime totale, si différente), si un tel établissement est désigné, pour réduire le montant de votre obligation au titre de la Somme financée. Votre Certificat est incessible.

SECTION 1 – DEFINITIONS

1. « Assurance » : la protection d'Assurance-vie, Perte d'emploi involontaire, Mutilation accidentelle, MG et/ou invalidité choisie dans le Certificat.
2. « Assurance période complète » : si cette option est choisie à la page 1, cela signifie que votre couverture s'étend jusqu'à l'expiration du présent Certificat.
3. « Assurance récurrente » : si cette option est choisie à la page 1 du présent Certificat, cela signifie que l'Assurance-invalidité prévoit un maximum de 6 versements mensuels assurés par réclamation, par Assuré, et que le dossier de demande de réclamation est par la suite fermé. Pour soumettre une demande ultérieure, l'Assuré devra être retourné au travail pour une période minimum de 90 jours et sera soumis à une nouvelle période d'attente.
4. « Assurance variable » : si cette option est choisie à la page 1 du présent Certificat, cela signifie qu'un maximum de 12 ou 24 versements mensuels assurés seront versés par Assuré pendant la durée de l'Assurance-invalidité.
5. « Assuré » : le débiteur et le codébiteur qui sont désignés dans le Certificat, qui sont débiteurs au titre de la Somme financée et qui ont choisi l'Assurance et qui, le cas échéant, ont reçu de l'Assureur l'approbation écrite de la protection. L'Assuré doit être une personne physique et non pas une société, une compagnie ou une association.
6. « Assureur » : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
7. « Blessure » : un dommage corporel causé par un accident survenant après la Date d'effet de l'assurance. La Blessure doit résulter directement de l'accident, être indépendante de toute autre cause et causer uniquement une Invalidité totale, Mutilation accidentelle ou un décès.
8. « Certificat d'assurance » ou « Certificat » : la présente proposition d'assurance, le QCS (le cas échéant) et les autres documents concernant votre protection qui vous sont délivrés par l'Assureur et qui constitue votre contrat d'Assurance.
9. « Condition préexistante » :
   (A) relativement à l'Assurance-vie et/ou à l'Assurance-invalidité, une Maladie, une affection, un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique pour lequel vous avez reçu, ou une personne diligente aurait reçu, a) dans les 12 mois qui précèdent immédiatement la Date d'effet de l'assurance et b) dans les 12 mois qui suivent immédiatement la Date d'effet de l'assurance, l'un ou l'autre de ce qui suit : i) un avis médical; ii) un traitement; iii) un service; iv) un médicament sur ordonnance; v) un Diagnostic; ou vi) une consultation, y compris une consultation pour investigation, suivi et/ou Diagnostic (lorsqu'un Diagnostic n'a pas encore été posé).
   (B) relativement à l'Assurance-MG, une Maladie, une affection, un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique pour lequel vous avez reçu, ou une personne diligente aurait reçu, avant la Date d'effet de l'Assurance, l'un ou l'autre de ce qui suit : i) un avis médical; ii) un traitement; iii) un service; iv) un médicament sur ordonnance; v) un Diagnostic; ou vi) une consultation, y compris une consultation pour investigation, suivi et/ou Diagnostic (lorsqu'un Diagnostic n'a pas encore été posé).
10. « Date d'effet de l'assurance » :
    a) la Date d'effet demandée, si vous n'êtes pas assujetti au QCS; ou
    b) la Date d'effet demandée, si vous êtes assujetti au QCS, que vous avez répondu « non » à toutes les questions sur la santé et que le total de votre Somme financée et de la valeur résiduelle assurée dans le cadre de l'Assurance-vie ou MG est inférieur à 300 000 $; ou
    c) si a) et b) ne s'appliquent pas, la date à laquelle nous vous avisons par écrit que votre protection a été approuvée.

    Votre proposition d'assurance sera nulle et sans effet si elle ne satisfait pas à toutes les exigences de la sélection des risques dans les 90 jours de la signature de cette proposition d'assurance.
11. « Diagnostic » : le diagnostic certifié d'une Maladie ou affection couverte dont souffre l'Assuré, établi par un Spécialiste.
12. « Hôpital » : un établissement qui est exploité licitement sous la supervision d'un personnel de médecins, qui assure des soins infirmiers 24 heures sur 24, qui est doté d'installations servant aux soins médicaux, au Diagnostic et à la chirurgie majeure et qui se consacre principalement à donner des soins et des traitements médicaux aux malades et aux blessés qui y sont hospitalisés. Les établissements suivants ne sont pas considérés comme des hôpitaux : clinique, établissement de soins prolongés, maison de repos, établissement de convalescence, établissement de soins pour vieillards ou établissement semblable, établissement destiné au traitement des alcooliques, des toxicomanes ou des malades mentaux.
13. « Hospitalisation » : un séjour continu d'au moins 72 heures dans un Hôpital en raison d'une Blessure, à titre de patient hospitalisé, sur l'avis d'un médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié.
14. « Maladie » : une Maladie, une affection ou un trouble qui se manifeste pour la première fois après la Date d'effet de l'assurance.
15. « Maladie Grave » ou « MG » : Diagnostic de l'une ou l'autre des Maladies, affections, états ou troubles couverts qui suivent, dont l'apparition survient après l'entrée en vigueur de l'Assurance :
    (A) Cancer potentiellement mortel : Diagnostic d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée et la propagation de cellules malignes et l'invasion du tissu. Les maladies suivantes NE SONT PAS couvertes :
    - cancer précoce de la prostate diagnostiqué comme T1 N0 M0 ou stade équivalent;
    - lésions précancéreuses;
    - tumeurs bénignes et polypes bénins;
    - cancer in situ non invasif; tout cancer de la peau autre qu'un mélanome malin propagé dans le derme ou plus profondément;
    - et toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

N° DE CERTIFICAT

MODÈLE

(B) Crise cardiaque (infarctus du myocarde) : la mort d'une partie du muscle cardiaque par suite d'une irrigation sanguine insuffisante de la zone appropriée. Le Diagnostic doit être confirmé à la fois par :
1) de nouvelles variations électrocardiographiques indicatrices d'un infarctus du myocarde ou par une nouvelle présentation clinique seulement dans les cas où l'ECG ne peut pas être interprété (bloc de branche complet, syndrome de WPW, stimulateur cardiaque), et par
2) des modifications caractéristiques des marqueurs biochimiques cardiaques (troponine ou CPK ou CPK-MB) à des niveaux compatibles avec l'infarctus du myocarde aigu.

Exclusions :
1) Crise cardiaque survenant dans les 48 heures qui suivent une intervention de revascularisation non urgente, à moins qu'elle ne soit accompagnée de nouvelles ondes Q pathologiques.
2) Crise cardiaque diagnostiquée par toute autre méthode, à moins que le Diagnostic ne soit confirmé de la manière décrite ci-dessus.

(C) Pontage aortocoronarien : une chirurgie cardiaque exécutée pour corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de greffes de dérivation. Les techniques non chirurgicales, comme l'angioplastie transluminale, l'embolectomie au laser et autres techniques sans pontage, sont exclues.

(D) Accident vasculaire cérébral (AVC) : accident vasculaire cérébral aigu produisant une altération du système nerveux et entraînant la paralysie ou un autre déficit neurologique mesurable et objectif qui persiste pendant au moins 30 jours après la survenance de l'AVC. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) ne sont pas couverts.

(E) Greffe d'organes vitaux : le fait de recevoir une greffe de coeur, des deux poumons, de foie, des deux reins, de pancréas ou de moelle osseuse. La couverture est limitée à ces greffes.

(F) Insuffisance rénale (néphropathie au stade terminal) : Néphropathie au stade terminal se présentant comme chronique avec insuffisance irréversible des deux reins en raison de laquelle soit une hémodialyse régulière ou une dialyse péritonéale a été entamée, soit l'Assuré a été inscrit sur une liste pour transplantation rénale.

(G) Brûlures graves : Brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface corporelle.

(H) Sclérose en plaques : un Diagnostic sans équivoque de sclérose en plaques formelle caractérisée par des anomalies neurologiques bien définies qui persistent pendant une période continue d'au moins six mois et avec deux épisodes séparés cliniquement documentés. Les anomalies neurologiques dans ce contexte doivent être relevées par les symptômes typiques de démyélinisation du cerveau ou de la moelle épinière, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM), avec les troubles qui en résultent.

(I) Paralysie : paralysie résultant de la perte d'usage complète et permanente d'au moins deux membres, sans interruption pendant une période de 90 jours. À la fin de cette période, le Spécialiste doit certifier que la paralysie est complète et permanente.

16. « Mutilation accidentelle » : la perte complète des deux mains, des deux pieds ou de la vue complète des deux yeux, d'une main et d'un pied, ou d'une main ou d'un pied et de la vue d'un œil. La perte est considérée comme l'amputation au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, ou la perte irrémédiable de la vue.

17. « Nombre maximum de versements mensuels assurés » : comme choisi à la page 1 du présent Certificat, est le nombre total de versements mensuels assurés qui sera versé par Assuré pendant la durée de l'Assurance pour Perte d'emploi involontaire (si choisie sous Assurance-vie) ou de l'Assurance-invalidité.

18. « Perte d'emploi involontaire » : le fait que vous avez fait l'objet d'une mise à pied ou d'un licenciement qui n'est pas imputable à votre activité, votre inconduite, vos options ou vos choix et qui n'était pas prévu avant ou lors de la Date d'effet de l'assurance.

19. « Prêt couvert par l'assurance » : la dette qui est décrite à la page 1 du présent Certificat par la Somme financée assurée et la durée de l'Assurance en mois au taux d'intérêt. Si a) la Somme financée est supérieure à la Somme financée assurée, ou b) si la période d'amortissement est plus longue que la durée de votre Assurance, il se peut que l'indemnité d'assurance ne règle pas le montant intégral du solde impayé de votre obligation financière.

20. « Prêt couvert par l'assurance PLUS » : la dette qui est décrite à la page 1 du présent Certificat par la Somme financée assurée et la période d'amortissement en mois au taux d'intérêt. Si la Somme financée est plus élevée que la Somme financée assurée, il se peut que l'indemnité d'assurance ne règle pas le montant intégral du solde impayé de votre obligation financière.

21. « Proposant » : le débiteur et/ou le codébiteur nommé(s) dans la présente proposition d'assurance, qui :
a) est/sont débiteur(s) au titre de la Somme financée,
b) remplit/remplissent les conditions d'admissibilité,
c) est/sont assujetti(s) au QCS, et
d) a/ont acquitté la prime exigible pour la protection choisie dans la proposition d'assurance.

Dès l'approbation de la protection, le Proposant devient l'Assuré.

22. « Saisonnier » : à l'égard d'un emploi, un emploi dont la fréquence est limitée en raison des conditions du temps ou d'autres conditions de la nature, à l'exception des emplois limités par la disponibilité du travail.

23. « Somme financée » : la dette décrite à la page 1 du présent Certificat, payable en tout ou en partie par versements, qui résulte du votre dette envers l'établissement financier, si un tel établissement est désigné, et l'entité qui a financé la prime totale, si différente.

24. « Spécialiste » : un médecin (autre que l'Assuré, qu'un parent de ce dernier ou qu'un de ses associés) autorisé et pratiquant au Canada, dont la pratique est limitée à la branche particulière de la médecine qui se rapporte à la Maladie ou affection couverte applicable.

25. « Totalement invalide » ou « Invalidité totale » : votre incapacité, due uniquement à une Maladie ou à une Blessure, d'accomplir toutes les tâches de votre travail. Après avoir été Totalement invalide pendant une période de 12 mois consécutifs (plus toute période d'attente), l'Invalidité totale s'entend de votre incapacité, due uniquement à une Maladie ou à une Blessure, d'accomplir toutes les tâches d'un travail pour lequel vous êtes ou pouvez devenir raisonnablement qualifié par vos études, votre formation ou votre expérience. Vous n'êtes pas Totalement invalide si vous travaillez à plein temps ou à temps partiel ou si vous êtes à la retraite. Le manque de travail ne constitue pas une Invalidité totale pas plus qu'il ne vous donne droit à un versement mensuel assuré.

SECTION 2 – ASSURANCE-VIE

L'Assurance pour Perte d'emploi involontaire ne peut pas être souscrite sur base indépendante.

Aux clients qui ont choisi l'Assurance-vie ou l'Assurance-vie + Perte d'emploi involontaire : en cas de votre décès par suite d'une Maladie ou de Blessures, nous paierons 1) le solde impayé de votre Prêt couvert par l'assurance à la date du décès, plus 2) la valeur actualisée de la valeur résiduelle assurée si vous avez choisi cette protection.

Aux clients qui ont choisi l'Assurance-vie PLUS ou l'Assurance-vie PLUS + Perte d'emploi involontaire : en cas de votre décès par suite d'une Maladie ou de Blessures, nous paierons 1) le solde impayé du Prêt couvert par l'assurance PLUS à la date du décès.

Aux clients qui ont choisi l'Assurance-vie + Perte d'emploi involontaire ou l'Assurance-vie PLUS + Perte d'emploi involontaire : en cas de Perte d'emploi involontaire durant un nombre de jours consécutifs supérieur à la période d'attente, nous effectuerons votre versement mensuel assuré pendant la durée de la Perte d'emploi involontaire, à terme échu par versements mensuels, sous réserve de la période d'attente. Le versement sera calculé à compter du lendemain de la période d'attente. Les versements mensuels assurés cesseront à la première des éventualités suivantes : a) dès que vous ne subirez plus une Perte d'emploi involontaire; b) le Nombre maximum de versements mensuels assurés aura été versé; c) dès la cessation de l'Assurance, telle qu'indiquée à la page 4. La somme payée pour les périodes de Perte d'emploi involontaire inférieures à un mois sera calculée à raison d'un taux journalier de 1/30 du versement mensuel assuré. Après la période d'attente, les périodes successives de Perte d'emploi involontaire séparées par moins d'un mois d'emploi continu sont considérées comme la continuation d'une période de Perte d'emploi involontaire et ne sont pas assujetties à une nouvelle période d'attente. Nous ne paierons aucune indemnité d'Assurance pour une dette qui est impayée au titre de la Somme financée à la date d'échéance de l'Assurance.

MUTILATION ACCIDENTELLE : en cas de Mutilation accidentelle causée par une Blessure, selon l'option d'Assurance-vie choisie, nous paierons : (1) le solde impayé de votre Prêt couvert par l'assurance à la date de la Mutilation accidentelle, plus (2) la valeur actualisée de la valeur résiduelle assurée si vous avez choisi cette protection; OU le solde impayé du Prêt couvert par l'assurance PLUS à la date de la Mutilation accidentelle.

Quoi qu'il en soit, nous ne paierons pas plus que le solde du principal dû à la date du décès ou de la Mutilation accidentelle.

SECTION 3 – ASSURANCE-MALADIE GRAVE (MG)

Aux clients qui ont choisi l'Assurance-MG : si l'on vous diagnostique une MG, nous paierons 1) le solde impayé de votre Prêt couvert par l'assurance à la date à laquelle la MG a été diagnostiquée, plus 2) la valeur actualisée de la valeur résiduelle assurée si vous avez choisi cette protection.

Aux clients qui ont choisi l'Assurance-MG PLUS : si l'on vous diagnostique une MG, nous paierons le solde impayé du Prêt couvert par l'assurance PLUS à la date à laquelle la MG a été diagnostiquée.

MUTILATION ACCIDENTELLE : en cas de blessure par suite d'une Mutilation accidentelle, selon l'option d'Assurance-MG choisie, nous paierons : 1) le solde impayé de votre Prêt couvert par l'assurance à la date de la Mutilation accidentelle, plus 2) la valeur actualisée de la valeur résiduelle assurée si vous avez choisi cette protection; OU le solde impayé du Prêt couvert par l'assurance PLUS à la date de la Mutilation accidentelle.

L'Assureur paiera une indemnité pour MG lorsqu'il aura reçu une preuve satisfaisante que la MG est survenue et a été diagnostiquée pour la première fois alors que l'Assurance était en vigueur et qu'elle ne résulte pas d'une des causes listées à la section 5 (LIMITATIONS ET EXCLUSIONS).

Quoi qu'il en soit, nous ne paierons pas plus que le solde du principal dû à la date du Diagnostic ou à la date de la Mutilation accidentelle.

Chaque certificat d'assurance délivré par l'Assureur donne droit à une indemnité pour une seule MG.

SECTION 4 – ASSURANCE-INVALIDITÉ – ACCIDENT ET MALADIE

Si vous êtes Totalement invalide en raison de Blessures ou de Maladies durant un nombre de jours consécutifs supérieur à la période d'attente, nous effectuerons votre versement mensuel assuré pendant la durée de l'Invalidité totale, à terme échu par versements mensuels, sous réserve de la période d'attente. Si vous avez choisi une période d'attente avec indemnisation rétroactive, le versement sera calculé à compter du premier jour d'Invalidité totale. Si vous avez choisi une période d'attente avec délai de carence, le versement sera calculé à compter du lendemain de la période d'attente.

Les versements mensuels assurés cesseront à la première des éventualités suivantes : a) dès que vous ne serez plus Totalement invalide; ou b) dès la cessation de l'Assurance, telle qu'indiquée à la page 4 ou; c) si l'option Assurance variable a été choisie, lorsque le Nombre maximum de versements mensuels assurés auront été versés; ou d) si l'option Assurance récurrente a été choisie, lorsque l'équivalent de 6 versements mensuels assurés pour une réclamation auront été versés. La somme payée pour les périodes d'Invalidité totale inférieures à un mois sera calculée à raison d'un taux journalier de 1/30 du versement mensuel assuré.

Après la période d'attente, les périodes successives d'Invalidité totale causées par la même Maladie ou Blessure et séparées par moins de 90 jours d'emploi continu sont considérées comme la continuation d'une période d'Invalidité totale et ne sont pas assujetties à une nouvelle période d'attente. Au-delà de 90 jours d'emploi continu, elles seront considérées comme étant une nouvelle réclamation et elles seront soumises à une nouvelle période d'attente.

Nous ne paierons aucune indemnité d'Assurance-invalidité pour une dette qui est impayée au titre de la Somme financée à la date d'échéance de l'Assurance.

GARANTIE EN CAS D'HOSPITALISATION – Si vous avez opté pour une période d'attente avec indemnisation rétroactive et qu'une Invalidité totale nécessite une Hospitalisation, nous renoncerons à la période d'attente.

SECTION 5 – LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Limitations et exclusions générales applicables à tous les types de protections :

Aucune indemnité ne sera versée aux termes du présent Certificat si votre demande d'indemnité a pour cause directe ou accessoire l'un des points suivants :

(a) une Condition préexistante, ou découle directement ou indirectement d'un traitement relatif à une Condition préexistante. Cette exclusion ne s'applique que si l'événement pour lequel la réclamation a été faite survient dans les 24 mois suivant la Date d'effet de l'assurance, sauf pour l'Assurance-MG, en vertu de laquelle le cas ne sera jamais couvert;
(b) une automutilation volontaire,
(c) une contamination nucléaire, chimique ou biologique;
(d) la guerre ou un fait de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non;
(e) le suicide survenant dans les deux années qui suivent immédiatement la Date d'effet de l'assurance;
(f) la participation directe ou indirecte à un acte criminel, ou toute tentative de perpétration d'une infraction criminelle, y compris mais ne se limitant pas à la conduite d'un véhicule motorisé au moment où la concentration d'alcool dans 100 millilitres du sang de l'Assuré excède 80 milligrammes;
(g) la consommation chronique ou excessive d'alcool;
(h) l'usage de drogues ou de substances, mis à part l'usage de drogues réglementées prescrites par un médecin et sur ses conseils;
(i) une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse;
(j) la chirurgie esthétique ou élective; ou
(k) spécifique à l'Invalidité totale : retraite, préretraite ou réception d'indemnités de retraite, y compris mais sans s'y limiter, des régimes de pensions du Canada ou du Québec.

Limitations et exclusions particulières à la protection d'Assurance pour Perte d'emploi involontaire :

Outre les limitations et exclusions générales énumérées ci-dessus, aucune indemnité ne sera payable pour l'Assurance pour Perte d'emploi involontaire résultant directement ou indirectement de :

(a) Perte d'emploi involontaire survenant dans les 90 jours suivant la Date d'effet de l'assurance;
(b) retraite, préretraite ou réception d'indemnités de retraite, y compris mais sans s'y limiter, des régimes de pensions du Canada ou du Québec;
(c) démission volontaire;
(d) tromperie, fraude, conduite criminelle, conflit d'intérêts, faute intentionnelle ou refus d'exécuter ses fonctions professionnelles;
(e) lock-out ou grève;

N° DE CERTIFICAT

MODÈLE

(f) emploi à son compte ou Saisonnier;
(g) échec de la réélection de l'Assuré à son poste de représentant élu municipal, provincial ou fédéral, ou la résiliation de ce poste;
(h) expiration d'un contrat de travail de durée déterminée.

Outre ces exclusions, si la Perte d'emploi involontaire survient dans les 12 mois qui suivent la Date d'effet de l'assurance, aucune prestation ne sera payable pour l'Assurance pour Perte d'emploi involontaire résultant directement ou indirectement d'un(e) :

(a) programme de réduction du personnel annoncé par un employeur avant la Date d'effet de l'assurance;
(b) mise à pied qui, d'une manière générale ou particulière, vise le poste d'un Assuré et qui est entreprise avant la Date d'effet de l'assurance;
(c) Perte d'emploi involontaire au titre de l'annonce d'une possible Perte d'emploi involontaire faite avant la Date d'effet de l'assurance.

Limitations et exclusions particulières à la protection d'Assurance-maladie grave :

Outre les limitations et exclusions générales énumérées ci-dessus, aucune prestation pour MG ne sera versée si :

(a) l'Assuré décède moins de 30 jours après avoir reçu un Diagnostic de MG;
(b) l'on diagnostique à l'Assuré un cancer, si des signes et/ou des symptômes ou des problèmes médicaux se manifestent ou si des investigations menant au Diagnostic d'un cancer couvert ou exclu en vertu de la police collective sont entreprises dans les 90 jours qui suivent la Date d'effet de l'assurance.

SECTION 6 – LIMITATIONS SPÉCIALES

Outre les limitations et exclusions énumérées ci-dessus, les limitations spéciales suivantes s'appliquent :

1. Advenant le décès simultané du débiteur et du codébiteur qui sont assurés tous les deux, l'indemnité d'Assurance-vie ne sera octroyée qu'une seule fois.
2. Les indemnités d'Assurance-vie et les indemnités d'Assurance-MG 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 admissibles d'assurance-vie ou d'assurance-maladie grave 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.
3. Le montant mensuel d'Assurance-invalidité Accident et Maladie payable aux termes de votre Certificat, combiné au montant mensuel payable aux termes de tous les autres certificats d'assurance-crédit collective que nous vous avons délivrés, ne dépassera pas le plus élevé des montants mensuels maximum admissibles d'assurance-invalidité 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.
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 six (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 du Proposant 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, de la Mutilation accidentelle 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 Mutilation accidentelle, 5) de la MG, 6) 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 de notre choix 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 dans un délai 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 nous procédons à l'examen de la demande d'indemnité, sujet à notre remboursement par l'intermédiaire de l'établissement financier (et de l'entité qui a financé la prime totale, si différente) pour la période durant laquelle nous sommes tenus du paiement des versements mensuels assurés. Nous ne paierons aucun versement arriéré ni aucuns frais d'intérêt supplémentaires.
6. Nous ne paierons aucun versement arriéré ni aucun intérêt additionnel au titre de la Somme financée à la date du décès, de la Perte d'emploi involontaire, de la Mutilation accidentelle, du Diagnostic de 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. Ce remboursement sera envoyé à l'établissement financier (ou à l'entité qui a financé la prime totale, si différente).
8. Pour recevoir une prestation en cas de Perte d'emploi involontaire, l'Assuré doit en outre respecter les conditions suivantes :
   (a) soumettre, immédiatement après être devenu admissible, une demande de prestations de chômage en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* (Canada);
   (b) être admissible à percevoir et recevoir régulièrement des prestations en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* (Canada);
   (c) chercher activement un emploi pendant la durée de la Perte d'emploi involontaire;
   (d) soumettre chaque semaine les copies des relevés 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'acquittement 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, de MG ou de Mutilation accidentelle.
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 75e 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 au 70e anniversaire de naissance de l'Assuré le plus âgé;
   (d) 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;
   (e) 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;
   (f) 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;
   (g) 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 du refinancement de la Somme financée, nous pourrons à notre gré continuer d'offrir la protection prévue par le présent Certificat. Si nous offrons une telle protection, la Date d'effet et la date d'échéance de l'Assurance, les montants d'assurance et toutes les autres clauses et conditions demeureront inchangés.
4. S'il est mis fin à l'Assurance prévue par le présent Certificat avant sa date d'échéance, vous devez demander par écrit ou par téléphone le paiement d'un remboursement de prime. Le remboursement de prime NE SERA PAS calculé au prorata; il correspondra à la provision actuarielle constituée pour votre Certificat, moins les frais d'administration (75 $) et moins toutes les indemnités payées. La demande de remboursement de prime doit être soumise dans les 180 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 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 aux cas décrits aux alinéas 1.d) ou e) du présent article, le remboursement de 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 nous versons l'indemnité d'Assurance-vie, d'Assurance-MG, ou Mutilation accidentelle ou si le montant est inférieur à 15 $.

COORDONNÉES DE L'ASSUREUR

C.P. 5900, Vancouver, (Colombie-Britannique), V6B 5H6

Administration :	1 877 671-9009 (Tél.)	
Réclamations :	1 800 549-7227 (Tél.)	1 (604) 733-9519 (Télécopieur)
Annulations :	1 877 671-9009 (Tél.)	1 (450) 671-2525 (Télécopieur)
	annulation.iasc@ia.ca (Courriel)	

Pour des informations au sujet des procédures de plainte, veuillez visiter :
https://iaservicesconcessionnaires.ca/plaintes

GARANTIE DE REMBOURSEMENT

Après la signature du présent Certificat, vous disposez d'un délai de 20 jours pour décider si vous désirez toujours souscrire à l'Assurance. Si ce n'est pas le cas, veuillez renvoyer le Certificat à l'Assureur ou au créditeur/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

SAMPLE