







- (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 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 des indemnités payables par réclamation doit se limiter à 6 fois le versement mensuel assuré par mois 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 pas (6) mois par réclamation.
  - (b) une Maladie ou une Blessure du cou ou du dos, y compris mais non limité à la colonne cervicale, thoracique ou cervicale, après une période d'indemnités de trois mois, les paiements ne seront versés que si vous êtes sous les soins d'un Spécialiste licencié tel qu'un neurochirurgien, un physiatre, un chirurgien orthopédiste ou un rhumatologue et la période d'indemnité n'excèdera pas (6) mois par réclamation.
8. L'âge du Proposant le plus âgé détermine le montant mensuel 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 Mutation accidentelle ou de l'Invalidité totale faisant l'objet de la demande d'indemnité, selon nos exigences. Si'il n'est pas raisonnablement possible de remplir les formulaires de demande d'indemnité dans les 90 jours, ceux-ci doivent être présentés dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais dans un délai de 2 ans à compter du moment où ils sont requis. Si nous recevons des formulaires de demandes d'indemnité pour invalidité ou Perte d'emploi involontaire, la période d'indemnité sera limitée à la période de 90 jours qui précède la date de la 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 au demandeur de fournir tous les renseignements requis pour la preuve de la demande d'indemnité.
2. Dans le cadre d'une demande d'indemnité, nous avons le droit d'exiger une preuve satisfaisante d'admission au statut de : a) de la date : 1) de naissance, 2) du décès, 3) de la Perte d'emploi involontaire, 4) de la Mutation accidentelle, 5) de la MG, 6) de l'Invalidité totale; et b) des circonstances ayant causé la Perte d'emploi involontaire, la Mutation accidentelle, le Diagnostic de la MG, et c) une description détaillée de tous les traitements reçus 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 noté 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 Mutation 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'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 à l'entité qui a financé la prime totale, si différente), du paiement du montant intégral dû au titre de la Somme financée par suite du manquement de votre part;
  - (e) la reprise des biens faisant l'objet de la Somme financée, ou si ces biens sont l'objet d'une action en justice;
  - (f) la réception par nous d'un avis écrit, signé par le débiteur et le codébiteur, s'il en est, indiquant que vous désirez mettre fin à l'Assurance ou la mutation de l'Assurance par un appel téléphonique effectué par le débiteur et par le codébiteur, s'il en est, mais que vous désirez maintenir l'Assurance. L'enregistrement de l'appel constitue au même titre qu'un avis écrit signé, une notification satisfaisante;
  - (g) le paiement d'un remboursement de prime, le cas échéant, en vertu du paragraphe 3 du présent article;
  - (h) la date du décès du débiteur assuré en vertu de l'assurance individuelle du débiteur et du codébiteur assurés en vertu de l'assurance conjointe; ou
  - (i) le paiement par nous d'une indemnité d'Assurance-vie, de MG ou de Mutation accidentelle.
2. Les protections spécifiques du présent Certificat finissent 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 du plus âgé;
  - (b) l'Assurance-MG (si choisie) prendra fin à l'égard de tous les Assurés au 65e anniversaire de naissance du plus âgé;
  - (c) l'Assurance-invalidité (si choisie) prendra fin à l'égard de tous les Assurés au 70e anniversaire de naissance du plus âgé;
  - (d) l'Assurance-emploi (si choisie) prendra fin à l'égard de tous les Assurés dès que le montant maximal global des indemnités aux termes du présent Certificat et de tout certificat d'assurance émis par nous pour l'Assurance-emploi aura été versé;
  - (e) l'Assurance-invalidité et/ou la Perte d'emploi involontaire (si choisie(s)) prendront fin à l'égard d'un Assuré dès que son départ de l'Assurance aura été notifié par nous à l'Assureur;
  - (f) l'Assurance-invalidité (si choisie) avec l'option Assurance variable) prendra fin à l'égard d'un Assuré dès que le montant maximal des versements mensuels assurés aura été versé;
  - (g) l'Assurance-emploi (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. Si nous sommes en mesure de vous offrir la protection prévue par le présent Certificat, nous pourrions à notre discrétion 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.

**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 crédeur/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.

N° DE CERTIFICAT