

ASSUREUR : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. **POLITIQUE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS** Tout renseignement personnel relatif à votre assurance et à vos demandes de règlement sera recueilli et conservé à des fins de tarification, de marketing, d'administration et de résiliation de votre Certificat, ainsi qu'à des fins d'enquête concernant vos demandes de règlement. Seules les personnes devant consulter votre dossier dans le cadre de leur travail y auront accès. Votre dossier sera conservé à notre emplacement sécurisé. Sur demande écrite de votre part, votre dossier pourra être révisé ou rectifié. IA Groupe financier, ses filiales et leurs représentants peuvent utiliser et échanger entre eux vos renseignements personnels afin que vous puissiez bénéficier d'offres personnalisées et de produits et services améliorés. Si vous ne souhaitez pas autoriser cet échange de vos informations, veuillez contacter l'Assureur.

DATE D'EFFET DEMANDÉE POUR L'ASSURANCE JJ/MM/AAAA	PLAN EL7P	N° DE CERTIFICAT
--	---------------------	------------------

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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

N° DE STOCK	N° D'IDENTIFICATION DU VÉHICULE
-------------	---------------------------------

NOM DU DÉBITEUR	PRÉNOM	GENRE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	DATE DE NAISSANCE JJ/MM/AAAA
-----------------	--------	--	---------------------------------

UNE PERSONNE SEULEMENT
APP. RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

EXEMPTÉ DE TAXES – INSCRIRE N° CARTE DE STATUT <input type="checkbox"/> N° CARTE DE STATUT :	TÉLÉPHONE	COURRIEL
---	-----------	----------

NOM DU CODÉBITEUR	PRÉNOM	GENRE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	DATE DE NAISSANCE JJ/MM/AAAA
-------------------	--------	--	---------------------------------

UNE PERSONNE SEULEMENT (PEUT ÊTRE ASSURÉ MÊME SI LE DÉBITEUR NE L'EST PAS)
APP. RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

EXEMPTÉ DE TAXES – INSCRIRE N° CARTE DE STATUT <input type="checkbox"/> N° CARTE DE STATUT :	TÉLÉPHONE	COURRIEL
---	-----------	----------

RENSEIGNEMENTS SUR LE FINANCEMENT

<input type="checkbox"/> ACHAT	<input type="checkbox"/> LOCATION	<input type="checkbox"/> AUTRE : _____
--------------------------------	-----------------------------------	--

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER	RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
----------------------------------	-----	-------	----------	-------------

DATE DU PREMIER VERSEMENT JJ/MM/AAAA	DURÉE DU FINANCEMENT EN MOIS	PÉRIODE D'AMORTISSEMENT EN MOIS	Taux d'intérêt
---	------------------------------	---------------------------------	----------------

VERSEMENT MENSUEL	SOMME FINANCÉE	MONTANT TOTAL DU PRÊT ASSURÉ	VALEUR RÉSIDUELLE (SI APPLICABLE)
-------------------	----------------	------------------------------	-----------------------------------

ASSURANCE EXCLUE	ASSURANCE EXCLUE	ASSURANCE, FRAIS ET TAXES APPLICABLES INCLUS	TAXE DE VENTE INCLUSE, SI APPLICABLE
------------------	------------------	--	--------------------------------------

ASSURANCE-VIE	ASSURÉ : <input type="checkbox"/> Le débiteur <input type="checkbox"/> Le codébiteur <input type="checkbox"/> Les deux	DURÉE DE L'ASSURANCE MOIS	DATE D'ÉCHÉANCE DE L'ASSURANCE JJ/MM/AAAA
----------------------	---	------------------------------	--

CHOISISSEZ **UNE** OPTION
 ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE MENSUELLE DÉCROISSANTE ASSURANCE-VIE VALEUR RÉSIDUELLE

SOMME FINANCÉE ASSURÉE	VALEUR RÉSIDUELLE ASSURÉE	PRIME D'ASSURANCE	PRIME D'ASSURANCE POUR LE RÉSIDUEL
------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------------------

INTÉRÊTS EXCLUS
SI APPLICABLE

Montant maximal global d'assurance (Somme financée assurée plus Valeur résiduelle assurée) : 1 000 000 \$ (17-55 ans), 200 000 \$ (56-70 ans).
Durée maximale de l'assurance : 180 mois. Prime d'assurance minimale (Prime d'assurance pour le résiduel incluse) : 75 \$

ASSURANCE -MALADIE GRAVE (MG)	ASSURÉ : <input type="checkbox"/> Le débiteur <input type="checkbox"/> Le codébiteur <input type="checkbox"/> Les deux	DURÉE DE L'ASSURANCE MOIS	DATE D'ÉCHÉANCE DE L'ASSURANCE JJ/MM/AAAA
--------------------------------------	---	------------------------------	--

ASSURANCE-MALADIE GRAVE (MG) TEMPORAIRE MENSUELLE DÉCROISSANTE

SOMME FINANCÉE ASSURÉE	PRIME D'ASSURANCE
------------------------	-------------------

INTÉRÊTS EXCLUS
SI APPLICABLE

Montant maximal global d'assurance : 500 000 \$ (17-55 ans), 200 000 \$ (56-70 ans).
Durée maximale de l'assurance : 180 mois. Prime d'assurance minimale : 75 \$

ASSURANCE -INVALIDITÉ	ASSURÉ : <input type="checkbox"/> Le débiteur <input type="checkbox"/> Le codébiteur <input type="checkbox"/> 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.

Montant maximal d'assurance (Versement mensuel assuré) : 5 000 \$/mois (17-65 ans). Montant maximal global d'assurance : 500 000 \$. Durée maximale de l'assurance : 108 mois. Prime d'assurance minimale : 75 \$	VERSEMENT MENSUEL ASSURÉ	PRIME D'ASSURANCE
---	--------------------------	-------------------

ASSURANCE, INTÉRÊTS ET TAXES APPLICABLES INCLUS	PRIME D'ASSURANCE TOTALE
---	--------------------------

Si ce Certificat est financé par Crédit Ford ou des associés de Crédit Ford, et si :

- vous avez choisi l'Assurance-vie et/ou l'Assurance-MG : vous devez assurer votre Obligation financière totale pour toute la durée de votre financement/location.
- vous avez choisi l'Assurance-invalidité : votre versement mensuel assuré doit correspondre à votre versement mensuel et la durée de votre assurance doit correspondre à la durée de votre financement/location.

Ce Certificat ne sera pas émis si votre Obligation financière totale et/ou votre versement mensuel à Crédit Ford dépasse le montant maximal d'assurance et/ou le montant d'assurance mensuel maximal, ou si la durée de votre financement/location dépasse la durée maximale de l'assurance à l'égard du Certificat.

DÉCLARATION DU DÉBITEUR ET DU CODÉBITEUR

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

- dans le cadre de l'Assurance-vie, le total de ma Somme financée et de la Valeur résiduelle assurée (dans le cas d'une location) excède 200 000 \$ (personnes âgées de 17 à 59 ans) ou 125 000 \$ (personnes âgées de 60 à 70 ans); ET/OU
- dans le cadre de l'Assurance-MG, le total de ma Somme financée excède 200 000 \$ (personnes âgées de 17 à 59 ans) ou 125 000 \$ (personnes âgées de 60 à 70 ans); OU
- dans le cadre de l'Assurance-invalidité, mon versement mensuel excède 2 500 \$ (personnes âgées de 17 à 59 ans) ou 1 000 \$ (personnes âgées de 60 à 65 ans).

En outre, je comprends que la présente proposition d'assurance sera 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 :

- je réponds OUI à l'une ou l'autre des questions sur la santé, OU
- le total de la Somme financée et de la Valeur résiduelle assurée dans le cadre de l'Assurance-vie excède 300 000 \$, OU
- le total de la Somme financée dans le cadre de l'Assurance-MG excède 300 000 \$,

Je comprends que l'Assureur peut demander un examen médical ou des tests à ses frais. 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

Veillez 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 j'ai choisi l'Assurance-vie ou MG, je reconnais être âgé d'au moins 17 ans mais de moins de 71 ans.
- Si j'ai choisi l'Assurance-MG, je confirme que je n'ai jamais été atteint d'une MG (telle que définie ci-dessous) avant la Date d'effet de l'assurance.
- Si j'ai choisi l'Assurance-invalidité :
 - j'ai au moins 17 ans mais moins de 66 ans et 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; OU
 - j'ai occupé un emploi rémunérateur Saisonnier i) pendant au moins 13 semaines consécutives 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).

Je déclare avoir pris connaissance de ces conditions et qu'aucune protection ne sera accordée en tout ou en partie si je ne rencontre 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 du 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.

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. ON M'A CONSEILLÉ DE LIRE AU COMPLET LE PRÉSENT CERTIFICAT (PAGES 1 À 4), ET JE COMPRENDS QUE LA PRÉSENTE COUVERTURE EST FACULTATIVE ET QUE L'ACHAT DE LA PRÉSENTE ASSURANCE N'EST PAS OBLIGATOIRE POUR OBTENIR DU FINANCEMENT. J'AI LU LA « POLITIQUE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS » ET LA « DÉCLARATION DU DÉBITEUR ET DU CODÉBITEUR », ET JE CONSENS À L'UTILISATION ET À LA DIVULGATION DE MES

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

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 retards de traitement de 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 le créateur/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. Si vous souhaitez 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 protections qui apparaît dans les 4 pages du présent Certificat et j'accepte les dispositions de ces protections. 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.

X

DÉBITEUR

DATE (JJ/MM/AAAA)

X

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, certains termes 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 garantie 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 garantie 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 garantie. Votre garantie 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 – DÉFINITIONS

Dans le présent Certificat, on entend par :

- « Assurance » : la garantie d'Assurance-vie, Mutilation accidentelle, MG et/ou invalidité choisie dans le Certificat.
- « 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 garantie. L'assuré doit être une personne physique et non pas une société, une compagnie ou une association.
- « Assureur » : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
- « 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, une Mutilation accidentelle ou un décès.
- « Certificat d'assurance » ou « Certificat » : la présente proposition d'assurance, le QCS (le cas échéant) et les autres documents concernant votre garantie qui vous sont délivrés par l'Assureur et qui constitue votre contrat d'Assurance.
- « Condition préexistante » : 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 6 mois qui précèdent immédiatement la Date d'effet de l'assurance et b) dans les 6 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).
- « Date d'effet de l'assurance » :
 - la Date d'effet demandée, si vous n'êtes pas assujetti au QCS; ou
 - 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 la Somme financée et la valeur résiduelle assurée (dans le cas d'une location) dans le cadre de l'Assurance-vie sont inférieures à 300 000 \$; ou
 - 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 la Somme financée dans le cadre de l'Assurance-MG est inférieure à 300 000 \$; ou

d) si a), b) et c) ne s'appliquent pas, la date à laquelle nous vous avons 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. Durant ce délai, vous pouvez être admissible à une assurance temporaire, selon la description à la page 3.

- « Diagnostic » : le Diagnostic certifié d'une Maladie ou affection couverte dont souffre l'Assuré, établi par un Spécialiste.
- « 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.
- « 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.
- « Maladie » : une maladie, une affection ou un trouble qui se manifeste pour la première fois après la Date d'effet de l'assurance.
- « 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 la Date d'effet 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).

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 :

- 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
- des modifications caractéristiques des marqueurs biochimiques cardiaques (troponine ou CPK ou CPK-MB) à des niveaux compatibles avec l'infarctus du myocarde aigu.

N° DE CERTIFICAT

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. Insuffisance d'un organe principal nécessitant une greffe : insuffisance irréversible du cœur, du foie, de la moelle osseuse, des deux poumons ou des deux reins nécessitant une greffe de l'organe en cause, en raison de laquelle l'Assuré est accepté dans un programme de greffe d'organes reconnu au Canada. L'Assuré doit survivre pendant au moins 30 jours après la date de son inscription au programme de greffe d'organes.
- F. 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.
13. « Montant forfaitaire » : la dernière tranche de remboursement à verser à la date d'échéance de la location.
 14. « 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.
 15. « Obligation financière totale » : correspond au total de la Somme financée et de tout montant résiduel.
 16. « 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.
 17. « 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 garantie choisie dans la proposition d'assurance.Dès l'approbation de la garantie, le Proposant devient l'Assuré.
 18. « 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.
 19. « Somme financée » : la dette décrite à la page 1 du présent Certificat, payable en tout ou en partie par versements, qui résulte de votre dette envers l'établissement financier, si un tel établissement est désigné, et l'entité qui a financé la prime totale, si différente.
 20. « 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.
 21. « 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 – CONVENTION D'ASSURANCE TEMPORAIRE DURANT LE PROCESSUS DE SÉLECTION DES RISQUES

Si votre proposition d'assurance est soumise à la sélection des risques par l'Assureur, nous vous couvrirons durant cette période, sous réserve des modalités et conditions énoncées dans les présentes, conditions d'admissibilité comprises. L'assurance temporaire prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- a) le 90^e jour suivant la date à laquelle vous signez la présente proposition d'assurance; ou
- b) la date à laquelle nous approuvons ou refusons votre proposition d'assurance.

Le montant maximal offert pour l'Assurance-vie temporaire ou l'Assurance-MG temporaire sera 200 000 \$ (17-59 ans) ou 125 000 \$ (60-70 ans). Le montant maximal d'Assurance-invalidité temporaire sera 2 500 \$ (17-59 ans) ou 1 000 \$ (60-65 ans). Le montant maximal d'assurance temporaire est régi par l'âge du Proposant le plus âgé.

SECTION 3 – ASSURANCE-VIE

Aux clients qui ont choisi l'Assurance-vie temporaire mensuelle décroissante : en cas de décès par suite de Maladie ou de Blessure, 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 garantie.

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

MUTILATION ACCIDENTELLE : en cas de Mutilation accidentelle causée par une Blessure, 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.

SECTION 4 – ASSURANCE-MALADIE GRAVE (MG)

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

MUTILATION ACCIDENTELLE : en cas de Blessure causée par une Mutilation accidentelle, nous paierons le solde impayé de votre Prêt couvert par l'assurance 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 6 (LIMITATIONS ET EXCLUSIONS).

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

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

SECTION 5 – ASSURANCE-INVALIDITÉ – ACCIDENT ET MALADIE

Si vous êtes Totalement invalide en raison de Blessure ou de Maladie 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 : dès que vous ne serez plus Totalement invalide ou dès la cessation de l'Assurance, telle qu'elle est indiquée à la page 4. 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 d'un mois 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.

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 6 – LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

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

Aucune indemnité ne sera versée aux termes du présent Certificat si le décès, la MG, la Mutilation accidentelle ou l'Invalidité totale a pour cause directe ou accessoire :

- (a) une Condition préexistante, ou découlant 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;
- (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.

Limitations et exclusions particulières à la garantie d'Assurance-Maladie Grave :

Outre les limitations et exclusions générales énumérées ci-dessus, aucune indemnité 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.
- (c) l'Assuré est atteint d'une MG avant la Date d'effet de l'assurance.

SECTION 7 – LIMITATIONS SPÉCIALES

En plus des limitations et exclusions 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 sera versée uniquement pour le débiteur.
2. Les indemnités d'Assurance-vie et les indemnités d'Assurance-MG payables aux termes du présent Certificat et de tout autre certificat d'assurance collective que nous vous avons délivré ne dépasseront pas le montant maximal global d'assurance indiqué dans le présent Certificat. En pareil cas, l'obligation aux termes du présent Certificat sera rajustée au prorata de l'ensemble des certificats d'assurance collective.
3. Les indemnités d'Assurance-invalidité pour accident et Maladie payables aux termes du présent Certificat et de tout autre certificat d'assurance collective que nous vous avons délivré ne dépasseront pas le montant maximal global d'assurance indiqué dans le présent Certificat. En pareil cas, l'obligation aux termes du présent Certificat sera rajustée au prorata de l'ensemble des certificats d'assurance collective.
4. Si le débiteur et le codébiteur sont Totalement invalides en même temps et qu'ils sont assurés tous les deux, le versement mensuel assuré sera effectué uniquement pour un seul Assuré. Un seul versement mensuel assuré par mois sera effectué dans le cas de toute indemnité demandée aux termes de la section 5.
5. Le montant mensuel combiné d'Assurance-invalidité pour accident et Maladie payable aux termes du présent Certificat et de tout autre certificat d'assurance collective que nous vous avons délivré ne dépassera pas le montant d'assurance mensuel maximal indiqué dans le présent Certificat. En pareil cas, l'obligation aux termes du présent Certificat sera rajustée au prorata de l'ensemble des certificats d'assurance collective.
6. 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.
 - (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.
7. L'âge du Proposant le plus âgé détermine le montant maximal d'assurance.

N° DE CERTIFICAT

SECTION 8 – 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 l'Invalidité totale, de la Mutilation accidentelle ou du Diagnostic de la MG 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 demande d'indemnité pour invalidité plus de 90 jours après le début de l'Invalidité totale, la rétroactivité des indemnités d'invalidité 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 son invalidité.
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) de l'Invalidité totale 3) de la Mutilation accidentelle, 4) de la MG, 5) du décès; et b) des circonstances ayant causé ou ayant contribué à l'Invalidité totale, à la Mutilation accidentelle, à la MG ou au décès; et c) une description 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 Mutilation accidentelle, d'Invalidité totale ou à la date du Diagnostic de MG.
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).

SECTION 9 – CESSATION DE L'ASSURANCE

1. L'Assurance prévue par 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 2 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 dû aux termes de votre contrat de financement 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 (enregistré), 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 3 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;
 - (i) le 74^e anniversaire de naissance de l'Assuré le plus jeune;
 - (j) pour l'Assurance-invalidité, la date du départ en retraite d'un emploi régulier ou Saisonnier;
 - (k) le paiement par nous de l'indemnité d'Assurance-vie, de MG ou de Mutilation accidentelle.
2. Sur demande écrite de votre part au moment du refinancement de la Somme financée, nous pourrions à notre gré continuer d'offrir la garantie prévue par le présent Certificat. Si nous offrons une telle garantie, 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.
3. 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 sera calculé au prorata.

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 ou MG 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 : 1-855-766-8239 (Tél.) 1 (450) 671-2525 (Télécopieur)
cancellation@ia.ca (Courriel)

Pour des informations au sujet des procédures de plainte, veuillez visiter www.iavag.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 créancier/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