

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 et 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 au 2165, Broadway Ouest, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6. Sur demande écrite de votre part, votre dossier pourra être révisé ou rectifié.

N° DE STOCK	DATE D'EFFET DEMANDÉE POUR L'ASSURANCE (JJ/MM/AAAA)	DATE DU PREMIER VERSEMENT (JJ/MM/AAAA)	N° DE CERTIFICAT
N° DU DÉTAILLANT	DATE D'APPROBATION (JJ/MM/AAAA)	DATE D'ÉCHÉANCE DE L'ASSURANCE VIE ET MG (JJ/MM/AAAA)	DATE D'ÉCHÉANCE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (JJ/MM/AAAA)

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE		ÉTABLISSEMENT FINANCIER			
NOM DU DÉBITEUR (UNE SEULE PERSONNE)	PRÉNOM	INITIALE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	
APP.	NUMÉRO ET RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	POUR USAGE INTERNE
NOM DU CO-DÉBITEUR (UNE SEULE PERSONNE)	PRÉNOM	INITIALE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	
APP.	NUMÉRO ET RUE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	POUR USAGE INTERNE

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

SOMME FINANCÉE	VALEUR RÉSIDUELLE	TAUX D'INTÉRÊT	Fournisseur de services informatiques	POUR USAGE INTERNE – LMDTIB
\$	\$	%		
(ASSURANCE EXCLUE)	(TAXES APPLICABLES COMPRISES)			
VERSEMENT MENSUEL	TYPE D'OPÉRATION (FINANCEMENT/LOCATION)	DURÉE DU FINANCEMENT (EN MOIS)	PÉRIODE D'AMORTISSEMENT (EN MOIS)	POUR USAGE INTERNE – FAWI
\$				
(ASSURANCE, FRAIS ET TAXES APPLICABLES COMPRISES)				

PARTIE 3 – ASSURANCE-VIE

Assuré : <input type="checkbox"/> le débiteur seulement <input type="checkbox"/> le co-débiteur seulement <input type="checkbox"/> les deux		<input type="checkbox"/> assurance refusée		INITIALES-DÉBITEUR	INITIALES-CO-DÉBITEUR
Assurance-vie temporaire mensuelle décroissante	SOMME FINANCÉE ASSURÉE	DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)	PRIME VIE	\$	\$
	(INTÉRÊTS EXCLUS)	MAXIMUM – JUSQU'À 180 MOIS	PRIME MINIMALE DE 75 \$		
Assurance-vie valeur résiduelle	VALEUR RÉSIDUELLE ASSURÉE	DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)	PRIME VIE – VALEUR RÉSIDUELLE	\$	\$
	(INTÉRÊTS EXCLUS)	MAXIMUM – JUSQU'À 180 MOIS	PRIME MINIMALE DE 75 \$		
MONTANT MAXIMAL D'ASSURANCE (SOMME FINANCÉE ASSURÉE, PLUS VALEUR RÉSIDUELLE ASSURÉE) : 500 000 \$ (ÂGES 17-55), 200 000 \$ (ÂGES 56-70) DURÉE MAXIMALE DE L'ASSURANCE : 180 MOIS					
Assurance-vie PLUS temporaire mensuelle décroissante	SOMME FINANCÉE ASSURÉE	DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)	PRIME VIE PLUS	\$	\$
(SI LA DURÉE D'AMORTISSEMENT EST PLUS LONGUE QUE CELLE DE L'ASSURANCE)	(INTÉRÊTS EXCLUS)	MAXIMUM – JUSQU'À 180 MOIS	PRIME MINIMALE DE 75 \$		
MONTANT MAXIMAL D'ASSURANCE (SOMME FINANCÉE ASSURÉE) : 500 000 \$ (ÂGES 17-55), 200 000 \$ (ÂGES 56-70) DURÉE MAXIMALE DE L'ASSURANCE : 180 MOIS					

PARTIE 4 – ASSURANCE-MALADIE GRAVE (MG)

Assuré : <input type="checkbox"/> le débiteur seulement <input type="checkbox"/> le co-débiteur seulement <input type="checkbox"/> les deux		<input type="checkbox"/> assurance refusée		INITIALES-DÉBITEUR	INITIALES-CO-DÉBITEUR
Assurance-maladie grave (MG) temporaire mensuelle décroissante	SOMME FINANCÉE ASSURÉE	DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)	PRIME MG	\$	\$
	(INTÉRÊTS EXCLUS)	MAXIMUM – JUSQU'À 180 MOIS	PRIME MINIMALE DE 75 \$		
Assurance-maladie grave (MG) valeur résiduelle	VALEUR RÉSIDUELLE ASSURÉE	DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)	PRIME MG – VALEUR RÉSIDUELLE	\$	\$
	(INTÉRÊTS EXCLUS)	MAXIMUM – JUSQU'À 180 MOIS	PRIME MINIMALE DE 75 \$		
MONTANT MAXIMAL D'ASSURANCE (SOMME FINANCÉE ASSURÉE, PLUS VALEUR RÉSIDUELLE ASSURÉE) : 500 000 \$ (ÂGES 17-55), 200 000 \$ (ÂGES 56-70) DURÉE MAXIMALE DE L'ASSURANCE : 180 MOIS					
Assurance-MG PLUS temporaire mensuelle décroissante	SOMME FINANCÉE ASSURÉE	DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)	PRIME MG PLUS	\$	\$
(SI LA DURÉE D'AMORTISSEMENT EST PLUS LONGUE QUE CELLE DE L'ASSURANCE)	(INTÉRÊTS EXCLUS)	MAXIMUM – JUSQU'À 180 MOIS	PRIME MINIMALE DE 75 \$		
MONTANT MAXIMAL D'ASSURANCE (SOMME FINANCÉE ASSURÉE) : 500 000 \$ (ÂGES 17-55), 200 000 \$ (ÂGES 56-70) DURÉE MAXIMALE DE L'ASSURANCE : 180 MOIS					

PARTIE 5 – ASSURANCE-INVALIDITÉ

Assuré : <input type="checkbox"/> le débiteur seulement <input type="checkbox"/> le co-débiteur seulement <input type="checkbox"/> les deux		<input type="checkbox"/> assurance refusée		INITIALES-DÉBITEUR	INITIALES-CO-DÉBITEUR
PÉRIODE D'ATTENTE	TYPE DE PÉRIODE D'ATTENTE	DÉLAI DE CARENCE (L'assurance ne couvre pas la période d'attente.) INDEMNISATION RÉTROACTIVE (L'assurance couvre la période d'attente.)			
Jours					
Assurance-invalidité mensuelle	VERSEMENT MENSUEL ASSURÉ	DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)	PRIME INVALIDITÉ	\$	\$
	MAXIMUM – JUSQU'AU MONTANT DU VERSEMENT MENSUEL	MAXIMUM – JUSQU'À 108 MOIS	PRIME MINIMALE DE 75 \$		
MONTANT MAXIMAL D'ASSURANCE (VERSEMENT MENSUEL ASSURÉ) : 5 000 \$ / MOIS (ÂGES 17-65) MAXIMUM GLOBAL : 300 000 \$ DURÉE MAXIMALE DE L'ASSURANCE : 108 MOIS					

Si ce Certificat est financé par **Crédit Ford** ou 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.

Remarque : les options « Assurance PLUS » et l'assurance-MG couvrant « Montants forfaitaires » sur contrats de location ne peuvent être financés par Crédit Ford ou ses associés.

PRIME TOTALE	\$
TAXE DE VENTE (LE CAS ÉCHÉANT)	\$
COÛT TOTAL	\$

X

X

DÉBITEUR

DATE (JJ/MM/AAAA)

CO-DÉBITEUR

DATE (JJ/MM/AAAA)

DÉCLARATION DU DÉBITEUR ET DU CO-DÉBITEUR

Je comprends que a) si le total de ma somme financée assurée et de la valeur résiduelle assurée dans le cadre de l'assurance-vie ou MG excède 150 000 \$ (âges 17-59) ou 100 000 \$ (âges 60-70), OU b) que mon versement mensuel assuré excède 2 500 \$ (âges 17-59) ou 1 000 \$ (âges 60-65), je dois remplir un Questionnaire complémentaire sur la santé (QCS). En outre, si je réponds OUI à l'une ou l'autre des questions sur la santé, ou si le total de la somme financée assurée et de la valeur résiduelle assurée dans le cadre de l'assurance-vie ou MG

excède 300 000 \$, la présente proposition d'assurance sera soumise à la sélection des risques par l'assureur, et l'approbation écrite de l'assureur sera requise pour que l'assurance soit en vigueur. 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.

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Veillez lire le présent document et signer ci-dessous. Nous devons établir si vous êtes admissible à l'achat de la présente assurance.

Vous êtes admissible :

- Si vous avez choisi l'assurance-vie ou MG, vous reconnaissez être âgé de plus de 17 ans mais de moins de 71 ans.
- Si vous avez choisi l'assurance-MG, vous confirmez que vous n'avez jamais été atteint d'une MG (tel que défini ci-dessous) avant la date d'effet de l'assurance.
- Si vous avez choisi l'assurance-invalidité :
 - vous avez plus de 17 ans mais moins de 66 ans et vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi; ET
 - vous détenez un emploi rémunérateur et avez travaillé au moins 23 heures par semaine au cours des 4 dernières semaines; OU
 - vous avez occupé un emploi rémunérateur saisonnier pendant au moins 13 semaines consécutives au cours des 12 derniers mois; ou avez 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 ci-dessous, 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 que les indemnités d'assurance payables en vertu du présent Certificat sont assujetties à toutes les modalités et conditions, y compris les limitations et exclusions décrites dans les présentes. ON M'A CONSEILLÉ DE LIRE AU COMPLET LE PRÉSENT CERTIFICAT (PAGES 1 À 4), ET JE COMPRENDS QUE LA PRÉSENTE GARANTIE 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 CO-DÉBITEUR », ET JE CONSENS À L'UTILISATION ET À LA DIVULGATION DE MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

Je sais qu'aucune partie n'est autorisée à renoncer aux conditions du présent Certificat ni à les modifier et que le 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.

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 ci-dessous. 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

X

DÉBITEUR

DATE (JJ/MM/AAAA)

CO-DÉBITEUR

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 sont versées au titulaire de la police collective ou à l'établissement financier, 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 :

1. « Assurance » : la garantie d'assurance-vie, MG et/ou invalidité choisie dans le Certificat.
2. « Assuré » : le débiteur et le co-débiteur 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.
3. « Assureur » : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
4. « 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.
5. « 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.
6. « Condition préexistante » : une maladie, une affection, un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique pour lequel vous avez reçu a) dans les six (6) mois qui précèdent immédiatement la date d'effet de l'assurance et b) dans les six (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).

7. « 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 assurée et de la valeur résiduelle assurée dans le cadre de l'assurance-vie ou MG est inférieure à 300 000 \$; ou
- c) si a) et b) ne s'appliquent pas, la date à laquelle nous vous avisons par écrit que votre garantie a été approuvée.

Votre proposition d'assurance sera nulle et sans effet s'il n'est pas satisfait 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.

8. « Diagnostic » : le diagnostic certifié d'une maladie ou affection couverte dont souffre l'assuré, établi par un spécialiste.

9. « 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.

10. « 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.

11. « Maladie » : une maladie, une affection ou un trouble psychiatrique qui se manifeste pour la première fois après la date d'effet de l'assurance.

12. « 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;
 - 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

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 biologiques 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'embolctomie 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 trente (30) jours après la survenue 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'employé assuré est accepté dans un programme de greffe d'organes reconnu au Canada. L'employé 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 de location de l'emprunt.
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 dans le cas où la durée du financement est équivalente à la période d'amortissement. 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.
17. « 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.
18. « Proposant » : le débiteur et/ou le co-débiteur 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.

19. « 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.
20. « 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 le titulaire de la police collective ou l'établissement financier, si un tel établissement est désigné.
21. « 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.
22. « 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 :

- 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 150 000 \$ (âges 17-59) ou 100 000 \$ (âges 60-70). Le montant maximal d'assurance-invalidité temporaire sera 2 500 \$ (âges 17-59) ou 1 000 \$ (âges 60-65). 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.

Aux clients qui ont choisi assurance-vie PLUS temporaire mensuelle décroissante : en cas de décès par suite de maladie ou de blessure, nous paierons le solde impayé du prêt couvert par l'assurance PLUS à la date de votre décès.

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

MUTILATION ACCIDENTELLE : Nous paierons l'indemnité d'assurance-vie si une blessure cause une mutilation accidentelle.

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 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 garantie.

Aux clients qui ont choisi assurance-MG PLUS temporaire mensuelle décroissante : 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.

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, en quelque état mental que ce soit;
- (c) la guerre ou un fait de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non;
- (d) le suicide survenant dans les deux années qui suivent immédiatement la date d'effet de l'assurance;
- (e) 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;
- (f) la consommation chronique ou excessive d'alcool;
- (g) l'usage de drogues ou de substances, mis à part l'usage de drogues réglementées prescrites par un médecin et sur ses conseils;
- (h) une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse; ou
- (i) la chirurgie esthétique ou élective.

N° DE CERTIFICAT

Limitations et exclusions particulières à la garantie 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 quatre-vingt-dix (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 co-débiteur 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 d'assurance 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.
3. Si le débiteur et le co-débiteur sont totalement invalides en même temps, le versement mensuel assuré sera effectué uniquement pour le débiteur. Un seul versement mensuel assuré par mois sera effectué dans le cas de toute indemnité demandée aux termes de la section 5.
4. 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.
5. 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 un trouble 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.
6. L'âge du proposant le plus âgé détermine le montant maximal d'assurance.

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 du décès, 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 deux 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. 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 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 pour la période durant laquelle nous sommes tenus du paiement des versements mensuels assurés. Nous ne paierons aucun versement arriéré ni aucun 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.

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'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 2 du présent article);
 - (d) la demande formelle, par le titulaire de la police collective ou l'établissement financier, 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 co-débiteur indiquant que vous désirez mettre fin à l'assurance;
 - (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 co-débiteur assurés en vertu de l'assurance conjointe;
 - (i) le 74^e anniversaire de naissance de l'assuré le plus âgé;
 - (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 le paiement d'un remboursement de prime. Le remboursement de prime sera calculée 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 conjointement à vous-même et à l'établissement financier. 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 uniquement à l'établissement financier. Aucun remboursement de prime ne sera payé si nous versons l'indemnité d'assurance-vie ou MG ou si le montant est inférieur à 5 \$.

COORDONNÉES DE L'ASSUREUR

C.P. 5900, Vancouver, (Colombie-Britannique), V6B 5H6
Administration : 1 877-671-9009 (Tél.) 1 (450) 671-2525 (Télécopieur)
Réclamations : 1 800 549-7227 (Tél.) 1 (604) 733-9519 (Télécopieur)
Annulations : 1 855-766-8239
iavagcancellation@ia.ca

GARANTIE DE REMBOURSEMENT

Après la signature du présent Certificat, vous disposez d'un délai de vingt jours pour décider si vous désirez toujours souscrire à la garantie. Si ce n'est pas le cas, veuillez renvoyer le Certificat à l'assureur ou au titulaire de la police collective auprès duquel vous l'avez obtenu. Nous annulerons votre garantie à compter de la date d'effet de l'assurance, et nous rembourserons les primes acquittées à vous-même et/ou à l'établissement financier désigné dans le Certificat.

LIMITES D'ACTION

Toute action ou procédure judiciaire intentée contre un assureur en vue de recouvrir 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.

Je comprends en outre que les indemnités d'assurance payables aux termes du présent Certificat sont assujetties aux conditions d'admissibilité, aux conditions générales, aux définitions et aux exclusions décrites dans le présent Certificat et que **LES CONDITIONS PRÉEXISTANTES NE SONT PAS COUVERTES SI L'ÉVÉNEMENT POUR LEQUEL LA RÉCLAMATION A ÉTÉ FAITE SURVIENT DANS LES 24 MOIS SUIVANT LA DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE.**

IMPORTANT – Je reconnais que j'ai reçu et lu la description des garanties qui apparaît dans les 4 pages du présent Certificat et j'accepte les dispositions de ces garanties. Je reconnais en outre que je ne suis pas couvert par les garanties pour lesquelles aucune prime n'est indiquée.

X

X

DÉBITEUR

DATE (JJ/MM/AAAA)

CO-DÉBITEUR

DATE (JJ/MM/AAAA)

N° DE CERTIFICAT