

Demande D'assurance

Certificat No:

SERVICE À LA CLIENTÈLE
1-888-307-7443

Volkswagen Protection Plus 

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom de famille		Prénom		Date de naissance MM JJ AAAA			Âge
CODEMANDEUR Nom de famille		Prénom		Date de naissance MM JJ AAAA			Âge
Adresse		Ville		Province		Code Postal	
N° de téléphone – Domicile		N° de téléphone – Travail		Adresse de courriel			

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE CONCESSIONNAIRE

Nom		N° de téléphone		N° du concessionnaire			
Adresse		Ville		Province		Code Postal	

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE CRÉANCIER ET LE PRÊT

Nom du créancier				N° de téléphone					
Adresse				Ville		Province		Code Postal	
Montant financé \$		Montant résiduel \$		Paiement mensuel \$		Durée du prêt (Mois)		Taux d'intérêt (%)	

4 RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

☐ Financement		☐ Location		Date d'entrée en vigueur de l'assur. MM JJ AAAA			Date de cessation d'assurance MM JJ AAAA			Durée de l'assurance (en mois) Vie: Invalidité:					
ASSURANCE-VIE OU ASSURENCE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT Durée maximale : 180 mois		Âge 18 -69 ☐ Assurance-vie ☐ Assur. en cas de décès par accident (ne peut pas choisir les deux)		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		MONTANT D'ASSURANCE Montant maximal : 200 000 \$ Montant du capital assuré Montant résiduel/ Forfaitaire et final			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$ \$						
ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE Âge 18 – 65 Durée maximale : 96 mois		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		☐ 30 jours Rétroactif ☐ 30 jours Non-Rétroactif		PÉRIODE DE PRESTATIONS ☐ Max. de 12 mois ☐ Terme de l'assurance			MONTANT D'ASSURANCE Prestation max: 3 500 \$ par mois Montant mensuel assuré \$			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$			
ASSUR. EN CAS D'INVALIDITÉ PAR ACCIDENT PLUS Âge 18 – 65 Durée maximale : 96 mois		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		☐ 30 jours Non-Rétroactif ☐ Période maximale de prestations : 6 mois		MONTANT D'ASSURANCE Prestation max: 3 500 \$ par mois Montant mensuel assuré \$			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$						
IMPORTANT: L'assurance est facultative et elle n'est pas requise pour obtenir le prêt ou le contrat de location. Le demandeur peut y mettre fin en tout temps en envoyant un avis écrit au bureau administratif. Reinsurance Management Associates, Inc. – 170, avenue University, Bureau 500, Toronto ON M5H 3B3									PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE - SOUS TOTAL¹			\$			
									TAXE (s'il y a lieu)			\$			
									PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE - TOTAL			\$			
Pour maintenir votre couverture d'assurance pendant toute la durée de l'assurance, une prime de renouvellement sera exigible à chaque date anniversaire de la date d'effet de l'assurance. Le non-paiement de cette prime entraînera la résiliation de votre contrat. Veuillez consulter le certificat pour plus de détails.						1^{er} date de renouvellement:		Prime de renouvellement		Prime¹		Taxes		Total	
						Nombre de renouvellements :		\$		\$		\$			

¹ La prime de première année comprend des frais de police de 125 \$; la prime de renouvellement comprend des frais de police de 20 \$.

5 QUESTIONS SUR LA SANTÉ

À remplir si le montant d'assurance excède 100 000 \$ ou 1 500 \$ par mois. Dans le cas d'une réponse affirmative à l'une des questions sur la santé, veuillez donner des précisions.

1. Souffrez-vous , avez-vous souffert ou avez-vous eu des indications que vous avez souffert, au cours des (5) cinq dernières années, d'une affection physique ou d'une maladie du cœur, des poumons, du foie, des reins ou des intestins, du cancer, du syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), du complexe lié au SIDA, de diabète ou de tension artérielle anormale, de convulsions, de syncopes, d'alcoolisme ou de toxicomanie, d'une dépression nerveuse ou de tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux, ou avez-vous consulté un médecin pour ces affections ou tout autre trouble de la santé ?		DEMANDEUR Oui Non		CODEMANDEUR Oui Non	
2. Une assurance vous a-t-elle déjà été refusée ou accordée avec imposition d'une surprime ?					
3. Avez-vous été en observation ou reçu un traitement pour une affection quelconque ou avez-vous des raisons de croire que vous aurez besoin d'un traitement médical ou d'une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ?					
Les précisions:					

INFORMATION IMPORTANTE À L'INTENTION DU DEMANDEUR ET DU CODEMANDEUR

1. Je demande, par la présente, à être assuré en vertu de la police d'assurance collective établie par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, qui exerce ses activités sous la marque Securian Canada (l'« assureur » et « Securian Canada »), et je déclare avoir reçu, lu et compris la Demande d'assurance (la « demande ») et le Certificat d'assurance (le « certificat »).

2. Je suis en droit de soumettre la présente demande pour cette assurance et je remplis les conditions d'admissibilité énoncées dans le certificat.

3. Si le montant d'assurance excède 100 000 \$ ou 1 500 \$ par mois, je dois répondre aux questions sur la santé. Si je réponds « Oui » à l'une ou l'autre des questions, ma demande fera l'objet d'une sélection médicale par l'assureur. L'assureur peut, à ses propres frais, me demander de subir un examen médical ou d'autres examens. Après avoir étudié ma demande et les renseignements supplémentaires fournis, l'assureur peut rejeter ma demande en me faisant parvenir par la poste régulière un avis écrit à l'adresse indiquée sur cette demande. Toute prime versée sera alors remboursée et envoyée au créancier. Si ma demande est approuvée, l'assureur me fera parvenir un avis écrit par la poste régulière. La date d'entrée en vigueur de l'assurance sera la date d'approbation de ma demande.
4. J'autorise tout médecin, le Service de renseignements médicaux, le concessionnaire, tout agent ou toute agence gouvernementale qui possède des dossiers ou des informations sur ma santé à fournir ces renseignements à l'assureur, ses administrateurs ou réassureurs, aux fins de la présente demande et de toute demande de prestations ultérieure.

5. Les prestations prévues en vertu de la police d'assurance collective sont payables uniquement au créancier afin de réduire ou de rembourser le prêt.

6. Je comprends que toute dissimulation de faits, déclaration inexacte ou fausse déclaration dans la présente demande peut causer la nullité de mon assurance.

7. Une photocopie de la présente demande est aussi valable que l'original.

8. Les parties ont convenu que cette demande ainsi que le certificat soit rédigés en français. The parties have agreed this Application and the Certificate be drafted in French.

9. Si je suis un résident du Québec, je certifie avoir reçu la fiche de renseignements et le résumé.

10. Par les présentes, je reconnais et comprends que si mon prêt ou mon bail fait l'objet d'une quittance avant sa date d'expiration, il est de ma seule responsabilité d'aviser l'assureur ou l'administrateur de cette quittance anticipée afin de recevoir tout remboursement de prime qui m'est dû. Le montant de ce remboursement sera assujéti aux termes et conditions du certificat, stipulés aux présentes. Initiales: Demandeur _____ Codemandeur _____

Signature du demandeur

Signature du codemandeur

Date

Demande D'assurance

Certificat No:

SERVICE À LA CLIENTÈLE
1-888-307-7443

Volkswagen Protection Plus 

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom de famille		Prénom		Date de naissance MM JJ AAAA			Âge
CODEMANDEUR Nom de famille		Prénom		Date de naissance MM JJ AAAA			Âge
Adresse		Ville		Province		Code Postal	
N° de téléphone – Domicile		N° de téléphone – Travail		Adresse de courriel			

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE CONCESSIONNAIRE

Nom		N° de téléphone		N° du concessionnaire			
Adresse		Ville		Province		Code Postal	

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE CRÉANCIER ET LE PRÊT

Nom du créancier				N° de téléphone					
Adresse				Ville		Province		Code Postal	
Montant financé \$		Montant résiduel \$		Paiement mensuel \$		Durée du prêt (Mois)		Taux d'intérêt (%)	

4 RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

☐ Financement		☐ Location		Date d'entrée en vigueur de l'assur. MM JJ AAAA			Date de cessation d'assurance MM JJ AAAA			Durée de l'assurance (en mois) Vie: Invalidité:					
ASSURANCE-VIE OU ASSURENCE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT Durée maximale : 180 mois		Âge 18 -69 ☐ Assurance-vie ☐ Assur. en cas de décès par accident (ne peut pas choisir les deux)		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		MONTANT D'ASSURANCE Montant maximal : 200 000 \$ Montant du capital assuré Montant résiduel/ Forfaitaire et final			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$ \$						
ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE Âge 18 – 65 Durée maximale : 96 mois		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		☐ 30 jours Rétroactif ☐ 30 jours Non-Rétroactif		PÉRIODE DE PRESTATIONS ☐ Max. de 12 mois ☐ Terme de l'assurance			MONTANT D'ASSURANCE Prestation max: 3 500 \$ par mois Montant mensuel assuré \$			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$			
ASSUR. EN CAS D'INVALIDITÉ PAR ACCIDENT PLUS Âge 18 – 65 Durée maximale : 96 mois		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		☐ 30 jours Non-Rétroactif ☐ Période maximale de prestations : 6 mois		MONTANT D'ASSURANCE Prestation max: 3 500 \$ par mois Montant mensuel assuré \$			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$						
IMPORTANT: L'assurance est facultative et elle n'est pas requise pour obtenir le prêt ou le contrat de location. Le demandeur peut y mettre fin en tout temps en envoyant un avis écrit au bureau administratif. Reinsurance Management Associates, Inc. – 170, avenue University, Bureau 500, Toronto ON M5H 3B3									PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE - SOUS TOTAL¹			\$			
									TAXE (s'il y a lieu)			\$			
									PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE - TOTAL			\$			
Pour maintenir votre couverture d'assurance pendant toute la durée de l'assurance, une prime de renouvellement sera exigible à chaque date anniversaire de la date d'effet de l'assurance. Le non-paiement de cette prime entraînera la résiliation de votre contrat. Veuillez consulter le certificat pour plus de détails.						1^{er} date de renouvellement:		Prime de renouvellement		Prime¹		Taxes		Total	
						Nombre de renouvellements :		\$		\$		\$			

¹ La prime de première année comprend des frais de police de 125 \$; la prime de renouvellement comprend des frais de police de 20 \$.

5 QUESTIONS SUR LA SANTÉ

À remplir si le montant d'assurance excède 100 000 \$ ou 1 500 \$ par mois. Dans le cas d'une réponse affirmative à l'une des questions sur la santé, veuillez donner des précisions.

1. Souffrez-vous , avez-vous souffert ou avez-vous eu des indications que vous avez souffert, au cours des (5) cinq dernières années, d'une affection physique ou d'une maladie du cœur, des poumons, du foie, des reins ou des intestins, du cancer, du syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), du complexe lié au SIDA, de diabète ou de tension artérielle anormale, de convulsions, de syncopes, d'alcoolisme ou de toxicomanie, d'une dépression nerveuse ou de tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux, ou avez-vous consulté un médecin pour ces affections ou tout autre trouble de la santé ?		DEMANDEUR Oui Non		CODEMANDEUR Oui Non	
2. Une assurance vous a-t-elle déjà été refusée ou accordée avec imposition d'une surprime ?		☐		☐	
3. Avez-vous été en observation ou reçu un traitement pour une affection quelconque ou avez-vous des raisons de croire que vous aurez besoin d'un traitement médical ou d'une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ?		☐		☐	
Les précisions:					

INFORMATION IMPORTANTE À L'INTENTION DU DEMANDEUR ET DU CODEMANDEUR

1. Je demande, par la présente, à être assuré en vertu de la police d'assurance collective établie par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, qui exerce ses activités sous la marque Securian Canada (l'« assureur » et « Securian Canada »), et je déclare avoir reçu, lu et compris la Demande d'assurance (la « demande ») et le Certificat d'assurance (le « certificat »).

2. Je suis en droit de soumettre la présente demande pour cette assurance et je remplis les conditions d'admissibilité énoncées dans le certificat.

3. Si le montant d'assurance excède 100 000 \$ ou 1 500 \$ par mois, je dois répondre aux questions sur la santé. Si je réponds « Oui » à l'une ou l'autre des questions, ma demande fera l'objet d'une sélection médicale par l'assureur. L'assureur peut, à ses propres frais, me demander de subir un examen médical ou d'autres examens. Après avoir étudié ma demande et les renseignements supplémentaires fournis, l'assureur peut rejeter ma demande en me faisant parvenir par la poste régulière un avis écrit à l'adresse indiquée sur cette demande. Toute prime versée sera alors remboursée et envoyée au créancier. Si ma demande est approuvée, l'assureur me fera parvenir un avis écrit par la poste régulière. La date d'entrée en vigueur de l'assurance sera la date d'approbation de ma demande.
4. J'autorise tout médecin, le Service de renseignements médicaux, le concessionnaire, tout agent ou toute agence gouvernementale qui possède des dossiers ou des informations sur ma santé à fournir ces renseignements à l'assureur, ses administrateurs ou réassureurs, aux fins de la présente demande et de toute demande de prestations ultérieure.

5. Les prestations prévues en vertu de la police d'assurance collective sont payables uniquement au créancier afin de réduire ou de rembourser le prêt.

6. Je comprends que toute dissimulation de faits, déclaration inexacte ou fausse déclaration dans la présente demande peut causer la nullité de mon assurance.

7. Une photocopie de la présente demande est aussi valable que l'original.

8. Les parties ont convenu que cette demande ainsi que le certificat soit rédigés en français. The parties have agreed this Application and the Certificate be drafted in French.

9. Si je suis un résident du Québec, je certifie avoir reçu la fiche de renseignements et le résumé.

10. Par les présentes, je reconnais et comprends que si mon prêt ou mon bail fait l'objet d'une quittance avant sa date d'expiration, il est de ma seule responsabilité d'aviser l'assureur ou l'administrateur de cette quittance anticipée afin de recevoir tout remboursement de prime qui m'est dû. Le montant de ce remboursement sera assujéti aux termes et conditions du certificat, stipulés aux présentes. Initiales: Demandeur _____ Codemandeur _____

Signature du demandeur

Signature du codemandeur

Date

Demande D'assurance

Certificat No:

SERVICE À LA CLIENTÈLE
1-888-307-7443

Volkswagen Protection Plus 

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom de famille		Prénom		Date de naissance MM JJ AAAA			Âge
CODEMANDEUR Nom de famille		Prénom		Date de naissance MM JJ AAAA			Âge
Adresse		Ville		Province		Code Postal	
N° de téléphone – Domicile		N° de téléphone – Travail		Adresse de courriel			

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE CONCESSIONNAIRE

Nom		N° de téléphone		N° du concessionnaire			
Adresse		Ville		Province		Code Postal	

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE CRÉANCIER ET LE PRÊT

Nom du créancier				N° de téléphone					
Adresse				Ville		Province		Code Postal	
Montant financé \$		Montant résiduel \$		Paiement mensuel \$		Durée du prêt (Mois)		Taux d'intérêt (%)	

4 RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

☐ Financement		☐ Location		Date d'entrée en vigueur de l'assur. MM JJ AAAA			Date de cessation d'assurance MM JJ AAAA			Durée de l'assurance (en mois) Vie: Invalidité:				
ASSURANCE-VIE OU ASSURENCE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT Durée maximale : 180 mois		Âge 18 -69 ☐ Assurance-vie ☐ Assur. en cas de décès par accident (ne peut pas choisir les deux)		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		MONTANT D'ASSURANCE Montant maximal : 200 000 \$ Montant du capital assuré Montant résiduel/ Forfaitaire et final			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$ \$					
ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE Âge 18 – 65 Durée maximale : 96 mois		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		☐ 30 jours Rétroactif ☐ 30 jours Non-Rétroactif		PÉRIODE DE PRESTATIONS ☐ Max. de 12 mois ☐ Terme de l'assurance			MONTANT D'ASSURANCE Prestation max: 3 500 \$ par mois Montant mensuel assuré \$			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$		
ASSUR. EN CAS D'INVALIDITÉ PAR ACCIDENT PLUS Âge 18 – 65 Durée maximale : 96 mois		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		☐ 30 jours Non-Rétroactif ☐ Période maximale de prestations : 6 mois		MONTANT D'ASSURANCE Prestation max: 3 500 \$ par mois Montant mensuel assuré \$			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$					
IMPORTANT: L'assurance est facultative et elle n'est pas requise pour obtenir le prêt ou le contrat de location. Le demandeur peut y mettre fin en tout temps en envoyant un avis écrit au bureau administratif. Reinsurance Management Associates, Inc. – 170, avenue University, Bureau 500, Toronto ON M5H 3B3									PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE - SOUS TOTAL¹			\$		
									TAXE (s'il y a lieu)			\$		
									PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE - TOTAL			\$		
Pour maintenir votre couverture d'assurance pendant toute la durée de l'assurance, une prime de renouvellement sera exigible à chaque date anniversaire de la date d'effet de l'assurance. Le non-paiement de cette prime entraînera la résiliation de votre contrat. Veuillez consulter le certificat pour plus de détails.						1^{er} date de renouvellement:		Prime¹		Taxes		Total		
						Nombre de renouvellements :		Prime de renouvellement		\$		\$		\$

¹ La prime de première année comprend des frais de police de 125 \$; la prime de renouvellement comprend des frais de police de 20 \$.

5 QUESTIONS SUR LA SANTÉ

À remplir si le montant d'assurance excède 100 000 \$ ou 1 500 \$ par mois. Dans le cas d'une réponse affirmative à l'une des questions sur la santé, veuillez donner des précisions.

1. Souffrez-vous, avez-vous souffert ou avez-vous eu des indications que vous avez souffert, au cours des (5) cinq dernières années, d'une affection physique ou d'une maladie du cœur, des poumons, du foie, des reins ou des intestins, du cancer, du syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), du complexe lié au SIDA, de diabète ou de tension artérielle anormale, de convulsions, de syncopes, d'alcoolisme ou de toxicomanie, d'une dépression nerveuse ou de tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux, ou avez-vous consulté un médecin pour ces affections ou tout autre trouble de la santé ?		DEMANDEUR Oui Non		CODEMANDEUR Oui Non	
2. Une assurance vous a-t-elle déjà été refusée ou accordée avec imposition d'une surprime ?		☐		☐	
3. Avez-vous été en observation ou reçu un traitement pour une affection quelconque ou avez-vous des raisons de croire que vous aurez besoin d'un traitement médical ou d'une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ?		☐		☐	
Les précisions:					

INFORMATION IMPORTANTE À L'INTENTION DU DEMANDEUR ET DU CODEMANDEUR

1. Je demande, par la présente, à être assuré en vertu de la police d'assurance collective établie par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, qui exerce ses activités sous la marque Securian Canada (l'« assureur » et « Securian Canada »), et je déclare avoir reçu, lu et compris la Demande d'assurance (la « demande ») et le Certificat d'assurance (le « certificat »).

2. Je suis en droit de soumettre la présente demande pour cette assurance et je remplis les conditions d'admissibilité énoncées dans le certificat.

3. Si le montant d'assurance excède 100 000 \$ ou 1 500 \$ par mois, je dois répondre aux questions sur la santé. Si je réponds « Oui » à l'une ou l'autre des questions, ma demande fera l'objet d'une sélection médicale par l'assureur. L'assureur peut, à ses propres frais, me demander de subir un examen médical ou d'autres examens. Après avoir étudié ma demande et les renseignements supplémentaires fournis, l'assureur peut rejeter ma demande en me faisant parvenir par la poste régulière un avis écrit à l'adresse indiquée sur cette demande. Toute prime versée sera alors remboursée et envoyée au créancier. Si ma demande est approuvée, l'assureur me fera parvenir un avis écrit par la poste régulière. La date d'entrée en vigueur de l'assurance sera la date d'approbation de ma demande.
4. J'autorise tout médecin, le Service de renseignements médicaux, le concessionnaire, tout agent ou toute agence gouvernementale qui possède des dossiers ou des informations sur ma santé à fournir ces renseignements à l'assureur, ses administrateurs ou réassureurs, aux fins de la présente demande et de toute demande de prestations ultérieure.

5. Les prestations prévues en vertu de la police d'assurance collective sont payables uniquement au créancier afin de réduire ou de rembourser le prêt.

6. Je comprends que toute dissimulation de faits, déclaration inexacte ou fausse déclaration dans la présente demande peut causer la nullité de mon assurance.

7. Une photocopie de la présente demande est aussi valable que l'original.

8. Les parties ont convenu que cette demande ainsi que le certificat soit rédigés en français. The parties have agreed this Application and the Certificate be drafted in French.

9. Si je suis un résident du Québec, je certifie avoir reçu la fiche de renseignements et le résumé.

10. Par les présentes, je reconnais et comprends que si mon prêt ou mon bail fait l'objet d'une quittance avant sa date d'expiration, il est de ma seule responsabilité d'aviser l'assureur ou l'administrateur de cette quittance anticipée afin de recevoir tout remboursement de prime qui m'est dû. Le montant de ce remboursement sera assujéti aux termes et conditions du certificat, stipulés aux présentes. Initiales: Demandeur _____ Codemandeur _____

Signature du demandeur

Signature du codemandeur

Date

Demande D'assurance

Certificat No:

SERVICE À LA CLIENTÈLE
1-888-307-7443

Volkswagen Protection Plus 

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom de famille		Prénom		Date de naissance MM JJ AAAA			Âge
CODEMANDEUR Nom de famille		Prénom		Date de naissance MM JJ AAAA			Âge
Adresse		Ville		Province		Code Postal	
N° de téléphone – Domicile		N° de téléphone – Travail		Adresse de courriel			

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE CONCESSIONNAIRE

Nom		N° de téléphone		N° du concessionnaire			
Adresse		Ville		Province		Code Postal	

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE CRÉANCIER ET LE PRÊT

Nom du créancier				N° de téléphone					
Adresse				Ville		Province		Code Postal	
Montant financé \$		Montant résiduel \$		Paiement mensuel \$		Durée du prêt (Mois)		Taux d'intérêt (%)	

4 RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

☐ Financement		☐ Location		Date d'entrée en vigueur de l'assur. MM JJ AAAA			Date de cessation d'assurance MM JJ AAAA			Durée de l'assurance (en mois) Vie: Invalidité:					
ASSURANCE-VIE OU ASSURENCE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT Durée maximale : 180 mois		Âge 18 -69 ☐ Assurance-vie ☐ Assur. en cas de décès par accident (ne peut pas choisir les deux)		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		MONTANT D'ASSURANCE Montant maximal : 200 000 \$ Montant du capital assuré Montant résiduel/ Forfaitaire et final			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$ \$						
ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE Âge 18 – 65 Durée maximale : 96 mois		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		☐ 30 jours Rétroactif ☐ 30 jours Non-Rétroactif		PÉRIODE DE PRESTATIONS ☐ Max. de 12 mois ☐ Terme de l'assurance			MONTANT D'ASSURANCE Prestation max: 3 500 \$ par mois Montant mensuel assuré \$			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$			
ASSUR. EN CAS D'INVALIDITÉ PAR ACCIDENT PLUS Âge 18 – 65 Durée maximale : 96 mois		☐ Demandeur ☐ Codemandeur		☐ 30 jours Non-Rétroactif ☐ Période maximale de prestations : 6 mois		MONTANT D'ASSURANCE Prestation max: 3 500 \$ par mois Montant mensuel assuré \$			PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE \$						
IMPORTANT: L'assurance est facultative et elle n'est pas requise pour obtenir le prêt ou le contrat de location. Le demandeur peut y mettre fin en tout temps en envoyant un avis écrit au bureau administratif. Reinsurance Management Associates, Inc. – 170, avenue University, Bureau 500, Toronto ON M5H 3B3									PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE - SOUS TOTAL¹			\$			
									TAXE (s'il y a lieu)			\$			
									PRIME DE PREMIÈRE ANNÉE - TOTAL			\$			
Pour maintenir votre couverture d'assurance pendant toute la durée de l'assurance, une prime de renouvellement sera exigible à chaque date anniversaire de la date d'effet de l'assurance. Le non-paiement de cette prime entraînera la résiliation de votre contrat. Veuillez consulter le certificat pour plus de détails.						1^{er} date de renouvellement:		Prime de renouvellement		Prime¹		Taxes		Total	
						Nombre de renouvellements :		\$		\$		\$			

¹ La prime de première année comprend des frais de police de 125 \$; la prime de renouvellement comprend des frais de police de 20 \$.

5 QUESTIONS SUR LA SANTÉ

À remplir si le montant d'assurance excède 100 000 \$ ou 1 500 \$ par mois. Dans le cas d'une réponse affirmative à l'une des questions sur la santé, veuillez donner des précisions.

1. Souffrez-vous, avez-vous souffert ou avez-vous eu des indications que vous avez souffert, au cours des (5) cinq dernières années, d'une affection physique ou d'une maladie du cœur, des poumons, du foie, des reins ou des intestins, du cancer, du syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), du complexe lié au SIDA, de diabète ou de tension artérielle anormale, de convulsions, de syncopes, d'alcoolisme ou de toxicomanie, d'une dépression nerveuse ou de tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux, ou avez-vous consulté un médecin pour ces affections ou tout autre trouble de la santé ?		DEMANDEUR Oui Non		CODEMANDEUR Oui Non	
2. Une assurance vous a-t-elle déjà été refusée ou accordée avec imposition d'une surprime ?		☐		☐	
3. Avez-vous été en observation ou reçu un traitement pour une affection quelconque ou avez-vous des raisons de croire que vous aurez besoin d'un traitement médical ou d'une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ?		☐		☐	
Les précisions:					

INFORMATION IMPORTANTE À L'INTENTION DU DEMANDEUR ET DU CODEMANDEUR

1. Je demande, par la présente, à être assuré en vertu de la police d'assurance collective établie par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, qui exerce ses activités sous la marque Securian Canada (l'« assureur » et « Securian Canada »), et je déclare avoir reçu, lu et compris la Demande d'assurance (la « demande ») et le Certificat d'assurance (le « certificat »).

2. Je suis en droit de soumettre la présente demande pour cette assurance et je remplis les conditions d'admissibilité énoncées dans le certificat.

3. Si le montant d'assurance excède 100 000 \$ ou 1 500 \$ par mois, je dois répondre aux questions sur la santé. Si je réponds « Oui » à l'une ou l'autre des questions, ma demande fera l'objet d'une sélection médicale par l'assureur. L'assureur peut, à ses propres frais, me demander de subir un examen médical ou d'autres examens. Après avoir étudié ma demande et les renseignements supplémentaires fournis, l'assureur peut rejeter ma demande en me faisant parvenir par la poste régulière un avis écrit à l'adresse indiquée sur cette demande. Toute prime versée sera alors remboursée et envoyée au créancier. Si ma demande est approuvée, l'assureur me fera parvenir un avis écrit par la poste régulière. La date d'entrée en vigueur de l'assurance sera la date d'approbation de ma demande.
4. J'autorise tout médecin, le Service de renseignements médicaux, le concessionnaire, tout agent ou toute agence gouvernementale qui possède des dossiers ou des informations sur ma santé à fournir ces renseignements à l'assureur, ses administrateurs ou réassureurs, aux fins de la présente demande et de toute demande de prestations ultérieure.

5. Les prestations prévues en vertu de la police d'assurance collective sont payables uniquement au créancier afin de réduire ou de rembourser le prêt.

6. Je comprends que toute dissimulation de faits, déclaration inexacte ou fausse déclaration dans la présente demande peut causer la nullité de mon assurance.

7. Une photocopie de la présente demande est aussi valable que l'original.

8. Les parties ont convenu que cette demande ainsi que le certificat soit rédigés en français. The parties have agreed this Application and the Certificate be drafted in French.

9. Si je suis un résident du Québec, je certifie avoir reçu la fiche de renseignements et le résumé.

10. Par les présentes, je reconnais et comprends que si mon prêt ou mon bail fait l'objet d'une quittance avant sa date d'expiration, il est de ma seule responsabilité d'aviser l'assureur ou l'administrateur de cette quittance anticipée afin de recevoir tout remboursement de prime qui m'est dû. Le montant de ce remboursement sera assujéti aux termes et conditions du certificat, stipulés aux présentes. Initiales: Demandeur _____ Codemandeur _____

Signature du demandeur

Signature du codemandeur

Date

CERTIFICAT D'ASSURANCE

La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, qui exerce ses activités sous la marque Securian Canada (l'« assureur » et « Securian Canada »), a établi une police d'assurance collective et elle convient de fournir une assurance en conformité avec et sous réserve des conditions de la police d'assurance collective. L'assurance prévue par la police d'assurance collective est offerte sur une base facultative. Les principales conditions de la police sont résumées dans la demande d'assurance (la « demande ») et dans le présent certificat d'assurance (le « certificat »). En cas de divergence entre ces documents et la police d'assurance collective, la police d'assurance collective prévaudra.

Si, après avoir examiné le certificat, le demandeur n'est pas satisfait de l'assurance et qu'il en demande l'annulation dans les trente (30) jours suivant la signature du contrat d'assurance, le plein montant de la prime versée sera remboursé au créancier pourvu qu'aucune demande de prestations n'ait été soumise.

Dans le présent document, l'expression « toute assurance en cas d'invalidité » désigne à la fois l'assurance en cas d'invalidité totale et la composante d'assurance en cas d'invalidité par accident de l'Assurance en cas d'invalidité par accident Plus.

SECTION 1 – DÉFINITIONS

« **Accident** » : événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

« **Administrateur** » : Reinsurance Management Associates, Inc., société située au 170, avenue University, Bureau 500, Toronto, Ontario M5H 3B3, et qui est l'administrateur nommé par l'assureur pour gérer la police d'assurance collective en son nom.

« **Blessure** » : blessure corporelle qui est causée uniquement par un accident et qui entraîne l'invalidité totale du demandeur.

« **Créancier** » : établissement ou organisme de crédit qui a accordé un prêt à un demandeur. Aux fins du présent document, toute référence au titulaire de la police inclut le créancier.

« **Date d'entrée en vigueur de l'assurance** » : la dernière des dates suivantes :

(a) la date à laquelle le montant du prêt est versé;

(b) la date à laquelle la demande est signée, si aucune sélection médicale n'est nécessaire; ou

(c) la date à laquelle la demande est approuvée par l'assureur, si une sélection médicale est requise.

« **Demandeur** » : un client (ou des clients) du titulaire de la police qui a demandé d'être assuré en vertu de la police d'assurance collective et qui satisfait à toutes les conditions d'admissibilité.

« **Dettes** » : le solde impayé du prêt ou, dans le cas d'un contrat de location, la somme des paiements restants. Cependant, tout montant en défaut ne fait pas partie de la dette et, par conséquent n'est pas couvert par l'assurance.

« **Dettes assurées** » : la dette multipliée par une fraction. Cette fraction est égale au montant assuré pour l'assurance-vie ou l'assurance en cas de décès par accident divisé par le montant financé.

« **État de santé préexistant** » : une maladie, une affection ou un état physique qui a nécessité ou pour lequel ont été recommandés des conseils médicaux, une consultation, un diagnostic ou un traitement au cours des douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, et qui a causé, directement ou indirectement, le décès ou le début de l'invalidité totale au cours des douze (12) mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

« **Invalidité totale** » ou « **totalelement invalide** » :

(a) l'état qui résulte d'une blessure ou d'une maladie et qui pendant les 12 premiers mois, exige les soins continus d'un médecin et empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de sa profession, et durant toute période après la période initiale de douze (12) mois, empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de toute profession pour laquelle il est raisonnablement qualifié en raison de son instruction, de sa formation ou de son expérience, indépendamment de la disponibilité d'emploi; ou

(b) si le demandeur est sans emploi quand survient l'invalidité, un état qui résulte d'une blessure ou d'une maladie pour lequel le demandeur est sous les soins continus d'un médecin, et qui empêche le demandeur d'exercer les fonctions principales de toute profession pour laquelle il est raisonnablement qualifié en raison de son instruction, de sa formation ou de son expérience, indépendamment de la disponibilité d'emploi.

« **Maladie** » : une affection ou un état pathologique qui survient et qui entraîne l'invalidité totale du demandeur.

« **Médecin** » : personne qui est dûment habilitée à pratiquer la médecine au Canada dans les limites de son permis d'exercice en tant que docteur en médecine (M.D.). Cette personne ne peut pas être le demandeur ni son conjoint ou conjoint de fait, être un membre de la famille du demandeur ou de son conjoint ou conjoint de fait, ni avoir une relation d'affaires avec le demandeur.

« **Montant résiduel** » : montant forfaitaire qui est dû à la date d'échéance du prêt.

« **Non rétroactif** » : qualifie une période de prestations qui commence après une période d'attente de trente (30) jours à partir de la date de l'invalidité totale ou de la date de la perte d'emploi, selon le cas.

« **Période d'attente** » : nombre de jours pendant lesquels le demandeur doit être totalement invalide ou en période de perte d'emploi involontaire sans interruption afin d'être admissible aux prestations.

« **Police d'assurance collective** » : la police collective d'assurance-vie, d'assurance en cas de décès par accident, d'assurance en cas d'invalidité et d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire établie par l'assureur pour le titulaire de la police.

« **Prêt** » : le prêt ou le contrat de location établi pour le demandeur par le créancier ainsi qu'il est spécifié dans la demande.

« **Prime de première année** » signifie la prime de la première année indiquée sur la demande.

« **Prime de renouvellement** » signifie la prime de renouvellement indiquée sur la demande.

« **Programme de traitement** » : un programme de traitement raisonnable, courant et systématique dont les soins sont donnés ou prescrits par un médecin, et dont la nature et la fréquence correspondent à ce qu'exige normalement la maladie ou l'état de santé traité. De plus, lorsque l'assureur le juge nécessaire compte tenu de la sévérité de la maladie ou de l'état de santé, il peut exiger que le programme de traitement soit donné ou supervisé par un spécialiste autorisé du domaine lié à la maladie ou à l'état de santé traité.

« **Rétroactif** » : qualifie une période de prestations qui commence à la date de l'invalidité totale, pourvu que la période d'attente de trente (30) jours ait pris fin.

« **Titulaire de la police** » : organisation pour laquelle a été établie une police d'assurance collective et qui est autorisée par l'assureur à offrir une assurance aux demandeurs. Aux fins du présent document, toute référence au créancier inclut le titulaire de la police.

SECTION 2 – CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Afin d'être admissible à toute protection offerte par la police d'assurance collective, le demandeur doit remplir les conditions suivantes à la date d'entrée en vigueur de l'assurance indiquée sur la demande :

(a) être une personne physique (les sociétés de personnes, les sociétés par actions ou autres entreprises ne sont pas admissibles à l'assurance);

(b) être un résident canadien;

(c) être âgé d'au moins 18 ans;

(d) être âgé de moins de 70 ans en ce qui concerne l'assurance-vie ou l'assurance en cas de décès par accident; et

(e) être âgé de moins de 66 ans en ce qui concerne toute assurance en cas d'invalidité ou l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire.

De plus, afin d'être admissible à toute assurance en cas d'invalidité, le demandeur :

(a) doit occuper un emploi rémunérateur et avoir travaillé activement contre salaire ou profit au moins 25 heures par semaine pendant 30 jours consécutifs immédiatement avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance; ou

(b) si le demandeur est un travailleur autonome ou s'il a comme travail habituel un emploi saisonnier pour lequel l'horaire régulier de travail prévoit une mise à pied ou un arrêt de travail, il doit :

i. travailler au moins 25 heures par semaine pendant la saison de travail;

ii. avoir ainsi travaillé pendant 13 semaines consécutives durant la période de 12 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance;

iii. être en mesure d'accomplir les fonctions régulières de son emploi; et

iv. avoir travaillé au cours de la dernière saison de travail et détenir les preuves d'emploi nécessaires.

De plus, afin d'être admissible à l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, le demandeur :

(a) doit occuper un emploi rémunérateur et avoir travaillé activement contre salaire ou profit au moins 25 heures par semaine pendant 30 jours consécutifs immédiatement avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance; et

(b) ne pas :

i. occuper un emploi saisonnier;

ii. être un entrepreneur indépendant;

iii. être un travailleur autonome;

iv. être un actionnaire majoritaire de sa propre entreprise; ou

v. être employé par un membre de sa famille immédiate.

SECTION 3 – ASSURANCE-VIE OU ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT

L'assurance-vie ou l'assurance en cas de décès par accident seront en vigueur à l'égard du demandeur seulement si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité et s'il a versé la prime d'assurance requise indiquée dans la demande.

Prestation

Le paiement de toute prestation prévue en vertu de l'assurance-vie ou de l'assurance en cas de décès

par accident est assujéti aux conditions de ce certificat et de la police collective.

Assurance-vie

L'assureur versera au créancier, à la réception d'une preuve qu'il juge satisfaisante du décès du demandeur, une prestation d'assurance-vie. Cette prestation sera égale à la dette assurée à la date du décès plus le montant résiduel assuré, le cas échéant. Cette prestation n'excèdera pas le moindre du montant du capital assuré indiqué dans la demande ou 200 000 \$.

Assurance en cas de décès par accident

L'assureur versera au créancier, à la réception d'une preuve qu'il juge satisfaisante du décès du demandeur **seulement en raison d'un accident**, une prestation d'assurance en cas de décès par accident. Cette prestation sera égale à la dette assurée à la date du décès plus le montant résiduel assuré, le cas échéant. Cette prestation n'excèdera pas le moindre du montant du capital assuré indiqué dans la demande ou 200 000 \$.

Limites

(a) La prestation ne pourra en aucun cas excéder un montant maximal de 200 000 \$.

(b) Si une assurance conjointe a été souscrite et qu'il y a des décès des deux demandeurs, l'assureur ne verse qu'une seule prestation.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour une perte qui résulte directement ou indirectement :

(a) d'un état de santé préexistant;

(b) d'une guerre ou d'un acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non;

(c) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou d'une blessure infligée intentionnellement dans les deux (2) années suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, que le demandeur soit sain d'esprit ou non;

(d) d'un vol à bord d'un aéronef non régulier;

(e) d'un empoisonnement, d'une intoxication, de l'abus d'alcool ou de drogues; ou

(f) d'une infraction criminelle ou d'une tentative d'infraction criminelle.

SECTION 4 – ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

L'assurance en cas d'invalidité totale sera en vigueur à l'égard du demandeur seulement si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité et s'il a versé la prime d'assurance requise indiquée dans la demande.

Prestation

Le paiement de toute prestation en vertu de l'assurance en cas d'invalidité totale est assujéti aux conditions de ce certificat et de la police collective.

Assurance en cas d'invalidité totale

L'assureur versera au créancier, à la réception d'une preuve qu'il juge satisfaisante que le demandeur est totalement invalide, une prestation égale à 1/30e du montant mensuel assuré, pour chaque jour d'invalidité totale continue. Cette prestation sera versée mensuellement.

Période de prestations

Le début de la période de prestations dépend de la période d'attente sélectionnée dans la demande. Veuillez vous reporter aux définitions des mots « rétroactif » et « non rétroactif » à l'ARTICLE 1.

La période de prestations pour un demandeur cesse à la première des dates suivantes :

(a) la date à laquelle ce demandeur n'est plus totalement invalide ou retourne au travail à temps partiel ou à temps plein ou n'est plus disponible pour travailler au Canada, selon la première de ces dates;

(b) la date à laquelle le nombre maximal de versements de prestation prévu, ainsi qu'il est indiqué dans la demande, a été effectué;

(c) la date à laquelle l'assureur demande à ce demandeur une preuve de la continuité de l'invalidité totale, si le demandeur ne soumet pas cette preuve dans les trente (30) jours de la demande;

(d) la date à laquelle l'assureur demande à ce demandeur de subir un examen médical par un médecin ou par un autre praticien déterminé par l'assureur, si le demandeur ne se soumet pas à un tel examen dans les trente (30) trente jours de la demande;

(e) la date à laquelle le prêt a été payé en totalité;

(f) la date à laquelle la durée applicable à l'assurance en cas d'invalidité totale pour ce demandeur a expiré;

(g) la date à laquelle ce demandeur atteint l'âge de 66 ans;

(h) la date à laquelle le demandeur ne participe pas et ne coopère pas à un programme de traitement; ou

(i) la date à laquelle le demandeur prend sa retraite pour toute raison, y compris mais sans s'y limiter une retraite volontaire, obligatoire ou en raison d'une invalidité.

Limites

(a) Le montant mensuel assuré indiqué dans la demande ne peut excéder 3 500 \$ par mois.

(b) Une période d'invalidité totale due aux mêmes causes que celles de la période précédente ayant donné lieu au versement de prestations à l'égard du demandeur est réputée être une récursive d'invalidité totale si ces périodes sont séparées par 180 jours ou moins. Dans le cas d'une récursive d'invalidité totale, toutes prestations restantes non utilisées de la période précédente ne seront pas soumises à une seconde période d'attente.

(c) Si une assurance conjointe a été souscrite et que les deux demandeurs sont totalement invalides en même temps, l'assureur ne verse des prestations qu'à l'égard d'un seul demandeur.

(d) Aucune prestation n'est payable en vertu de l'assurance en cas d'invalidité totale pendant que des prestations sont payées en vertu de de l'Assurance en cas d'invalidité par accident Plus.

(e) Si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une blessure ou de troubles de dos ou du cou, y compris mais non de façon limitative des problèmes des vertèbres lombaires, thoraciques ou cervicales, le demandeur doit être sous les soins d'un spécialiste agréé tel qu'un neurologue, un neurochirurgien, un physiatre, un chirurgien orthopédiste ou un rhumatologue. La période de prestations ne peut excéder six (6) mois pour une telle invalidité totale.

(f) Si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une maladie, une affection ou un trouble mental, nerveux, psychologique, émotionnel ou comportemental, le demandeur doit recevoir les soins continus d'un spécialiste en psychiatrie. Les demandeurs qui sont sur une liste d'attente ne sont pas admissibles à des prestations. La période de prestations ne peut excéder six (6) mois pour une telle invalidité totale.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement :

(a) d'un état de santé préexistant;

(b) d'une guerre ou d'un acte de guerre, que la guerre soit déclarée ou non;

(c) d'une tentative de suicide ou d'une blessure infligée intentionnellement, que le demandeur soit sain d'esprit ou non;

(d) d'un vol à bord d'un aéronef non régulier;

(e) de l'abus d'alcool ou de drogues autres que celles légalement prescrites par un médecin;

(f) d'une infraction criminelle ou d'une tentative d'infraction criminelle; ou

(g) d'un accouchement, d'un avortement, d'une grossesse, des complications d'une grossesse ou d'une fausse-couche.

SECTION 5 – ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ PAR ACCIDENT PLUS

L'assurance en cas d'invalidité par accident, y compris l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire, sera en vigueur à l'égard du demandeur seulement si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité et s'il a versé la prime d'assurance requise indiquée dans la demande.

Prestation

Le paiement de toute prestation prévue en vertu de l'assurance en cas d'invalidité par accident et de l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire est assujéti aux conditions de ce certificat et de la police collective.

CERTIFICAT D'ASSURANCE

Assurance en cas d'invalidité par accident Plus

L'assureur versera au créancier, à la réception d'une preuve qu'il juge satisfaisante que le demandeur est totalement invalide en raison d'une blessure ou qu'il a perdu involontairement son emploi, une prestation égale à 1/30e du montant mensuel assuré, pour chaque jour d'une période continue d'invalidité totale ou d'une période continue de perte d'emploi involontaire. Cette prestation sera versée mensuellement.

Période de prestations

La période de prestations est non rétroactive et commence à la date suivant l'expiration d'une période d'attente de 30 jours.

La période de prestations pour un demandeur cesse à la première des dates suivantes :

- (a) la date à laquelle ce demandeur n'est plus totalement invalide ou retourne au travail à temps partiel ou à temps plein ou n'est plus disponible pour travailler au Canada, selon la première de ces dates;
- (b) la date à laquelle six (6) versements de prestation ont été effectués;
- (c) la date à laquelle l'assureur demande à ce demandeur une preuve de la continuité de son invalidité totale ou du maintien de son statut de personne en période de perte d'emploi involontaire, si cette preuve n'est pas soumise dans les 30 jours suivant la demande;
- (d) la date à laquelle l'assureur demande à ce demandeur de subir un examen médical par un médecin ou par un autre praticien déterminé par l'assureur, si le demandeur ne se soumet pas à un tel examen dans les trente (30) jours suivant la demande;
- (e) la date à laquelle le prêt a été payé en totalité;
- (f) la date à laquelle la durée de l'assurance applicable à l'assurance en cas d'invalidité par accident Plus pour ce demandeur a expiré;
- (g) la date à laquelle ce demandeur atteint l'âge de 66 ans;
- (h) la date à laquelle le demandeur ne participe pas et ne coopère pas à un programme de traitement, ou
- (i) la date à laquelle le demandeur prend sa retraite pour toute raison, y compris mais sans s'y limiter, une retraite volontaire, obligatoire ou en raison d'une invalidité.

Conditions supplémentaires

Afin que les prestations en cas de perte d'emploi involontaire soient versées, le demandeur doit :

- (a) fournir une preuve qu'il a reçu les prestations prévues par le régime d'assurance-emploi du gouvernement du Canada dans les dix (10) jours de la réception de chaque paiement;
- (b) fournir une copie de l'avis écrit de cessation d'emploi (relevé d'emploi) reçu par le demandeur de son employeur;
- (c) fournir une copie de toute correspondance, de tout avis ou de tout document reçu par le demandeur d'un ministère ou d'une agence du gouvernement ayant juridiction sur la Loi sur l'assurance-emploi (Canada) ou toute loi qui remplacerait cette dernière, dans les dix (10) jours de la réception d'un tel document.

Limites

- (a) Le montant mensuel assuré indiqué dans la demande ne pourra excéder 3 500 \$ par mois.
- (b) Une période d'invalidité totale due aux mêmes causes que celles de la période précédente ayant donné lieu au versement de prestations à l'égard du demandeur est réputée être une récidive d'invalidité totale si ces périodes sont séparées par 180 jours ou moins. Dans le cas d'une récidive d'invalidité totale, toutes prestations restantes non utilisées de la période précédente ne seront pas soumises à une seconde période d'attente.
- (c) Une période de perte d'emploi involontaire qui débute dans les 180 jours suivant la fin d'une période précédente de perte d'emploi involontaire pour laquelle le demandeur a reçu des prestations sera considérée comme la continuation de cette période précédente. Dans un tel cas, toutes prestations restantes non utilisées de la période précédente ne seront pas soumises à une seconde période d'attente.
- (d) Si une assurance conjointe a été souscrite et que les deux demandeurs sont totalement invalides ou en période de perte d'emploi involontaire en même temps, l'assureur ne verse des prestations qu'à l'égard d'un seul demandeur.
- (e) Aucune prestation d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire ne sera versée pendant que des prestations sont versées en vertu de toute assurance en cas d'invalidité.
- (f) Aucune prestation n'est payable en vertu de l'Assurance en cas d'invalidité par accident Plus pendant que des prestations sont payées en vertu de l'assurance en cas d'invalidité totale.

Exclusions

Aucune prestation d'assurance en cas d'invalidité par accident ne sera versée si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement de n'importe quelles exclusions indiquées à l'article 4 ci-dessus.

Aucune prestation d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire ne sera versée pour :

- (a) une perte d'emploi involontaire qui commence au cours de la période de quatre-vingt dix (90) jours qui suit la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
- (b) la perte d'un emploi exercé à titre de travailleur autonome ou d'entrepreneur indépendant;
- (c) une perte d'emploi qui résulte directement ou indirectement :
 - i. d'une mise à pied saisonnière;
 - ii. de l'expiration d'un contrat de travail d'une durée fixe;
 - iii. d'un licenciement motivé;
 - iv. d'une démission volontaire ;
 - v. d'une retraite volontaire ou obligatoire;
 - vi. d'un congé de maternité ou d'un congé parental;
 - vii. de fausses déclarations, d'une fraude, d'une activité criminelle, d'un conflit d'intérêts, d'une mauvaise conduite volontaire ou du refus d'accomplir les fonctions liées à son poste;
 - viii. d'un lock-out ou d'une grève;

- ix. d'une mise à pied ou d'un programme de réduction du personnel annoncés par l'employeur avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
- x. de toute invalidité totale qui survient pendant que l'assurance est en vigueur et pour laquelle une demande de règlement valide pourrait être présentée en vertu de toute assurance en cas d'invalidité; ou
- xi. de l'expiration d'un contrat de travail avec une agence de travail temporaire.

SECTION 6 – DEMANDES DE PRESTATIONS

Afin de demander des prestations en vertu de la police d'assurance collective, le demandeur, son mandataire ou le créancier doit demander un formulaire de demande de prestations à l'administrateur dans les quatre-vingt dix (90) jours qui suivent l'événement donnant lieu à la demande. L'avis de sinistre doit être donné par écrit ou par téléphone. Le formulaire de demande de prestations sera fourni dans les quinze (15) jours qui suivent la réception de l'avis de sinistre.

Le demandeur ou le créancier doit fournir à l'administrateur une preuve de décès, d'invalidité ou de perte d'emploi involontaire satisfaisante pour l'assureur, au cours de la période d'un (1) an à partir de la date du décès, s'il s'agit d'une demande de prestation d'assurance-vie ou en cas de décès par accident, ou au cours de la période de quatre-vingt dix (90) jours à partir de la date de toute invalidité totale ou perte d'emploi involontaire, s'il s'agit d'une demande de prestations d'invalidité ou de perte d'emploi involontaire.

Le défaut de donner un avis de sinistre dans la période indiquée ci-dessus n'entraînera pas la nullité de la demande de prestations si l'avis est donné dès que raisonnablement possible et pas plus tard qu'un (1) an suivant la date de l'événement donnant lieu à la demande, s'il est montré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un tel avis pendant la période indiquée.

Le défaut par le demandeur d'accomplir toute action requise par l'assureur ou de fournir à l'assureur les renseignements ou les documents requis libérera l'assureur de tout paiement de prestations. Dans le cas d'un tel défaut, le créancier peut, dans la mesure du possible, prendre toutes mesures ou fournir toutes informations à l'assureur qui sont exigées du demandeur. Jusqu'à ce que le demandeur ou le créancier rectifie ledit défaut, le demandeur a l'entière responsabilité du versement des paiements requis pour rembourser la dette.

Lorsqu'une demande ne fait pas l'objet d'une sélection médicale, le défaut par le titulaire de la police de soumettre la demande et/ou de remettre la prime à l'assureur ne portera pas préjudice aux droits du demandeur pourvu que :

- (a) le défaut résulte d'une erreur ou d'un oubli commis par inadvertance;
- (b) le titulaire de la police soit en possession d'une demande remplie et signée; et
- (c) dès que le titulaire de la police prend connaissance de l'erreur ou de l'oubli, celui-ci fasse parvenir sans délai à l'assureur la demande et/ou la prime, suivant le cas.

SECTION 7 – FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance à l'égard d'un demandeur prendra fin d'office à la première des dates suivantes :

- (a) la date à laquelle le prêt est remboursé en entier ou la date de la quittance du prêt;
- (b) la date de reprise par le créancier du bien qui sert de garantie au prêt;
- (c) la date à laquelle l'administrateur reçoit un avis écrit de résiliation de l'assurance du demandeur;
- (d) la date à laquelle le prêt est renégocié, transféré à un autre créancier ou pris en charge par un autre débiteur;
- (e) la date à laquelle ce demandeur prend sa retraite pour toute raison, y compris mais sans s'y limiter une retraite volontaire, obligatoire ou en raison d'une invalidité, en ce qui concerne toute assurance en cas d'invalidité ou l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire,
- (f) la date à laquelle une prestation d'assurance-vie ou d'assurance en cas de décès par accident est versée;
- (g) la date à laquelle ce demandeur atteint l'âge de 73 ans en ce qui concerne l'assurance-vie ou l'assurance en cas de décès par accident, ou l'âge de 66 ans en ce qui concerne toute assurance en cas d'invalidité ou l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire; ou
- (h) pour une protection spécifique : la date à laquelle la durée de l'assurance applicable à cette protection pour ce demandeur a expiré.

Si l'assurance prend fin pour l'un des motifs spécifiés aux articles (a) à (e) ci-dessus, toute prime de première année non acquise, moins les frais de police et toute prestation versée, sera remboursée au créancier. Le remboursement sera calculé à l'aide de la « Règle de 78 » et sera assujéti à des frais de traitement de 150 \$, qui seront déduits du montant à rembourser. Aucun remboursement de moins de 10 \$ ne sera effectué.

Si l'assurance est résiliée ou annulée pendant sa durée, au cours d'une année où une prime de renouvellement a été versée, toute prime de renouvellement non acquise, moins les des frais de police, sera remboursée au demandeur. Ce remboursement sera calculé à l'aide de la « Règle de 78 ». Aucun remboursement de moins de 10 \$ ne sera effectué.

Toute demande de prestations soumise pour tout sinistre qui s'est produit avant la date de fin déterminée ci-dessus sera traitée conformément aux conditions de l'assurance même si la date de fin est passée.

SECTION 8 – GÉNÉRALITÉS

La demande, le présent certificat et la police d'assurance collective constituent le contrat entre les parties. Toute dissimulation de faits, réticence ou fausse déclaration de la part du demandeur relativement à son assurabilité peut entraîner la nullité de l'assurance.

Toute action ou poursuite intentée contre un assureur dans le but de recouvrer des sommes payables par l'assureur en vertu du contrat ne peut être entreprise après la fin du délai de prescription prévu par la « Insurance Act » (Colombie Britannique, Alberta, Manitoba et Ontario), ou en vertu de la « Insurance Act » et/ou de la « Limitation Act » correspondantes dans les autres juridictions canadiennes, à l'exception de la province de Québec où la fin du délai de prescription est prévu par le Code civil du Québec.

Le demandeur a le droit d'obtenir une copie de la demande d'assurance, de toute déclaration ou de tout autre document qui ne fait pas partie de la

demande d'assurance mais qui a été remis à l'assureur à titre de preuve d'assurabilité à l'égard du demandeur, et, sur préavis raisonnable, le demandeur assuré a le droit d'obtenir une copie de la police d'assurance collective.

L'assureur a le droit d'effectuer toute enquête nécessaire liée aux demandes d'assurance et aux demandes de prestation ainsi que d'obtenir des évaluations médicales ou professionnelles au besoin.

Seul le créancier peut céder ou transférer les droits ou les garanties prévues par l'assurance à un autre créancier. Aucune cession ni aucun transfert ne prendra effet avant que l'administrateur ne reçoive un avis écrit de cession ou de transfert.

CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Assureur, l'Administrateur et le Créancier ne recueillent, n'utilisent et ne divulguent les renseignements personnels du Demandeur, notamment par le biais de la présente Demande et du Certificat, qui sont nécessaires pour examiner la Demande, vérifier l'exactitude des renseignements recueillis, évaluer votre solvabilité, traiter les réclamations ou, autrement, administrer la police collective, le présent Certificat ainsi que tout contrat de prêt, de location ou autre entente de financement avec le Créancier.

L'Assureur, l'Administrateur et le Créancier utilise chacun des mesures de sécurité physiques, électroniques et procédurales afin de protéger les renseignements personnels du Demandeur.

Les renseignements personnels du Demandeur seront conservés uniquement pour la durée nécessaire à la réalisation des fins susmentionnées, et dans la mesure permise ou requise par la loi, sur les serveurs sécurisés de l'Assureur, de l'Administrateur et/ou du Créancier situés au Canada, lesquels peuvent être situés à l'extérieur du Québec, et/ou sur leurs serveurs sécurisés respectifs aux États-Unis d'Amérique ou sur ceux de leurs sociétés affiliées situées aux États-Unis d'Amérique. Les gouvernements, autorités réglementaires, organismes d'application de la loi ou tribunaux de ces autres pays pourraient avoir accès aux renseignements personnels du Demandeur en vertu des lois de ces pays.

Les renseignements personnels du Demandeur ne seront accessibles qu'aux employés de ces entités qui doivent y avoir accès pour exécuter les obligations de l'Assureur, de l'Administrateur et/ou du Créancier en vertu des présentes, ainsi qu'à leurs fournisseurs de services pour des raisons techniques.

Les renseignements personnels du Demandeur seront également communiqués à des tiers lorsque cela est nécessaire pour fournir des services ou dans le cadre de la vente, du financement ou de l'administration du présent Certificat (y compris, sans s'y limiter, pour valider une réclamation et à des fins de gestion du risque).

Si le Demandeur refuse de fournir les renseignements requis au moment de la Demande, l'Assureur, l'Administrateur et/ou le Créancier ne seront pas en mesure de fournir une couverture et/ou des modalités de financement ou de location en vertu de la police collective ou du présent Certificat.

Le Demandeur a le droit d'accéder à ses renseignements personnels et de les faire corriger. Il peut également retirer son consentement à l'utilisation et à la communication de ses renseignements personnels; toutefois, l'Assureur, l'Administrateur et/ou le Créancier pourraient alors ne pas être en mesure de lui accorder la couverture en vertu du Certificat ou des modalités de financement, selon le cas.

L'Assureur, l'Administrateur et le Créancier peuvent être tenus d'utiliser les renseignements personnels du Demandeur dans le cours normal de leurs activités, notamment pour communiquer avec lui en cas de réclamation.

Le Demandeur peut communiquer avec le responsable de la protection des renseignements personnels de l'Assureur à l'adresse suivante : Securian Canada, 25 Sheppard Ave West, bureau 1400, Toronto (Ontario) M2N 6S6. Le Demandeur peut également communiquer avec le responsable de la protection des renseignements personnels du Créancier à l'adresse suivante : 500-1340 Pickering Parkway, Pickering (Ontario) L1V 0C4, afin d'obtenir des renseignements ou de poser des questions sur les politiques et pratiques de confidentialité de l'Assureur ou du Créancier relativement à ses renseignements personnels, y compris toute question concernant l'utilisation, la protection et la divulgation de ces renseignements, ou si le Demandeur souhaite accéder aux renseignements contenus dans son dossier ou les mettre à jour ou les corriger auprès de l'Assureur ou du Créancier.

La politique de confidentialité de l'Assureur peut être consultée à l'adresse suivante : www.securiancanada.ca/privacy-code, la politique de confidentialité de l'Administrateur peut être consultée à l'adresse suivante : www.macan.com/privacy