

| | | |
|---|-------|--------------------------------------|
| La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian Canada), ci-après nommée «nous», fournit l'assurance décrite au certificat numéro : | STQ - | Date de prise d'effet de l'assurance |
|---|-------|--------------------------------------|

Renseignement sur le contrat de financement : Achat (prêt) Location

| A) Renseignements sur le contrat de financement | | | |
|---|----------------|---|--|
| Durée du financement (en mois) | Taux d'intérêt | Versement mensuel (excluant la prime d'assurance) | Montant total du financement (excluant la prime d'assurance) |
| mois | % | \$ | \$ |

| B) Renseignements sur le Client 1 | | | | |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nom | Prénom | N° de téléphone | Date de naissance | Sexe |
| N° Adresse | Rue | App. | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| C) Renseignements sur le Client 2 | | | | |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nom | Prénom | N° de téléphone | Date de naissance | Sexe |
| N° Adresse | Rue | App. | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| D) Renseignements sur le distributeur | | | | |
|---------------------------------------|-----|--------|-------|-------------|
| Nom | | | | |
| N° Adresse | Rue | Bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| E) Renseignement sur le créancier du contrat de financement | | | | |
|---|-----|--------|-------|-------------|
| Nom | | | | |
| N° Adresse | Rue | Bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

F) Protections d'assurance
NOTE IMPORTANTE : Cette assurance est facultative et n'est pas requise pour conclure un contrat de financement. L'assurance peut être résiliée en tout temps en nous envoyant un avis écrit.

| | | | | Client 1 | Client 2 | Prime d'assurance | Date de fin de la protection | Durée de la protection (en mois) |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|-------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Protection d'assurance vie * | Prestation initiale | | | \$ | \$ | \$ | | mois |
| | Valeur résiduelle | | | \$ | \$ | | | |
| Protection d'assurance invalidité | Prestation mensuelle | | | \$ | \$ | \$ | | mois |
| | Délai de carence | Option retenue | et | Durée des prestations | Option retenue | | | |
| | | | | 12 mois** | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 30 jours non rétroactifs | <input type="checkbox"/> | | 18 mois** | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 30 jours rétroactifs | <input type="checkbox"/> | | Durée de l'assurance | <input type="checkbox"/> | | | |

* Si vous adhérez à la protection d'assurance vie, la protection d'assurance en cas de mutilation par accident est incluse automatiquement.
** Le nombre de prestations versées est limité à cette durée totale, que les prestations aient été consécutives ou non, et s'applique de manière cumulative pour toutes vos invalidités totales, s'il y a lieu. De plus, les options 12 et 18 mois ne sont pas disponibles pour les contrats financés par Crédit Ford.

| | |
|--------------|-----------|
| Sous-total | \$ |
| Taxes | \$ |
| Total | \$ |

G) Date de prise d'effet de l'assurance
Votre assurance prend effet à la dernière des dates suivantes : 1) à la date de signature de la présente demande d'assurance, 2) si un questionnaire médical est requis, à la date à laquelle nous acceptons votre demande d'assurance, 3) à la date à laquelle le prêt est déboursé en tout ou en partie, dans la mesure où le déboursé s'effectue dans les 90 jours suivant la date de signature de la demande d'assurance. Après ce délai, une nouvelle demande d'assurance doit nous être soumise.
Si vous devez remplir un questionnaire médical (voir section H) Questionnaire médical requis de la présente demande d'assurance), vous êtes couvert par l'assurance temporaire pendant que nous analysons votre demande, et ce pour une durée maximale de 90 jours. Après ce délai, une nouvelle demande d'assurance doit nous être soumise.
Dans le cas où vous ne répondez pas aux conditions d'admissibilité, aucune assurance ne sera accordée et toute prime payée sera alors remboursée au créancier.

H) Questionnaire médical requis
Toute personne souhaitant obtenir la présente assurance doit remplir un questionnaire médical dans les cas suivants :
1. Pour la protection d'assurance vie : Si le montant d'assurance initial est de plus de 100 000 \$.
2. Lorsque la présente demande d'assurance est soumise après la date à laquelle le contrat de financement est conclu, et ce, peu importe le montant d'assurance ou votre âge.
Il est important de lire attentivement et de répondre à toutes les questions du questionnaire médical. Sous réserve de l'assurance temporaire et de certaines autres conditions, aucune assurance ne prendra effet avant que nous ayons évalué et approuvé votre demande d'assurance. Si votre demande d'assurance est refusée après notre évaluation, le refus s'appliquera **uniquement** à la(aux) protection(s) d'assurance visée(s) par le refus.

I) Critères d'admissibilité généraux (applicables à toutes les protections d'assurance)
Pour être admissible à l'assurance offerte à la présente, les conditions suivantes doivent être respectées :
1. Vous êtes une personne physique; et
2. Vous êtes résident canadien; et
3. Vous êtes le/les locataire(s) (dans le cas d'un contrat de location), ou le/les emprunteur(s) (dans le cas d'un contrat de prêt), ou vous agissez à titre de caution.

J) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à l'assurance vie
En plus des conditions prévues à la section I) Critères d'admissibilité généraux, les conditions suivantes doivent être respectées. À la date de prise d'effet de l'assurance, vous devez respecter les conditions relatives à l'âge minimal et l'âge maximal, ainsi qu'au montant maximal assurable et au terme maximal prévus ci-dessous :

| Âge | Montant maximal assurable | Terme maximal |
|--------------------|--|---------------|
| 16 ans et moins | La protection d'assurance vie n'est pas offerte. | |
| Entre 17 et 67 ans | 125 000 \$ | 108 mois |
| 68 ans et plus | La protection d'assurance vie n'est pas offerte. | |

K) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à l'assurance invalidité
En plus des conditions prévues à la section I) Critères d'admissibilité généraux, les conditions suivantes doivent être respectées :

i) À la date de prise d'effet de l'assurance, vous devez respecter les conditions relatives à l'âge minimal et l'âge maximal, ainsi qu'au montant maximal assurable et au terme maximal prévus ci-dessous :

| Âge | Montant maximal assurable | Terme maximal |
|--------------------|---|---------------|
| 16 ans et moins | La protection d'assurance invalidité n'est pas offerte. | |
| Entre 17 et 64 ans | 2 000 \$* | 108 mois |
| 65 ans et plus | La protection d'assurance invalidité n'est pas offerte. | |

* En ce qui concerne le travailleur saisonnier, le montant maximal assurable est limité à 1 000 \$ par mois.
ii) Vous devez satisfaire aux exigences énoncées à la section L) Autres critères d'admissibilité de la présente demande d'assurance.

L) Autres critères d'admissibilité (applicables à la protection d'assurance invalidité)

| | |
|--|--|
| 1. Si vous êtes une personne en congé de maternité, de paternité, en congé parental ou une femme enceinte (ou qui allaite) en retrait de travail préventif, les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Au cours des 12 mois précédant le début de votre congé ou de votre retrait préventif, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) N'eut été votre congé ou votre retrait préventif, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de l'emploi que vous occupiez avant votre congé ou votre retrait préventif, au moment de remplir la présente demande d'assurance. | |
| 2. Si vous êtes un travailleur saisonnier , les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Depuis les 24 derniers mois, vous travaillez dans le même secteur d'activité; et | |
| ii) Au cours des 12 derniers mois, vous avez travaillé plus de 10 semaines consécutives durant lesquelles vous avez travaillé un minimum de 25 heures par semaine; et | |
| iii) Dans les 12 derniers mois, vous avez reçu des prestations régulières de l'Assurance-emploi ou des prestations de pêcheur de l'Assurance-emploi; et | |
| iv) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |
| 3. Si vous êtes un travailleur autonome ou un entrepreneur , les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Depuis les 12 derniers mois, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) Depuis les 12 derniers mois, vous travaillez pour la même entreprise; et | |
| iii) Au cours de la dernière année fiscale complétée, le revenu annuel de votre entreprise est d'au moins 10 000 \$, après réduction de tous frais d'exploitation; et | |
| iv) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |
| 4. Si vous n'êtes pas visé par l'une des situations prévues aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus, vous devez remplir les conditions suivantes : | |
| i) Au cours des 12 derniers mois, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |

Définition d'activement au travail:
 Vous occupez un emploi qui requiert que vous travailliez un minimum de :

- 25 heures par semaine; et
- 35 semaines (consécutives ou non) par année, excluant toutes périodes durant lesquelles vous n'exercez pas vos fonctions (exemples: congés sans solde, maladie, invalidité, etc.).

M) Renoncements

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Par la présente, vous attestez avoir reçu une offre d'assurance en vertu de la présente demande d'assurance et, après réflexion, vous renoncez à : | Client 1 | Client 2 |
| i) la protection d'assurance vie (incluant la protection en cas de mutilation par accident) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii) la protection d'assurance invalidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

N) Déclarations

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Par la présente, vous déclarez ce qui suit : | Client 1 | Client 2 |
| i) Les renseignements que vous avez fournis dans la présente demande d'assurance sont exacts et complets et il est entendu que toute déclaration inexacte ou incomplète de votre part relativement à l'assurance peut causer son annulation. | | |
| ii) Vous confirmez avoir reçu une copie de la demande d'assurance et du certificat d'assurance. | | |
| iii) Vous avez lu et compris les conditions, définitions et exclusions de votre certificat d'assurance. | | |
| iv) Vous comprenez que toute prestation qui pourrait être versée en vertu de l'assurance est payée uniquement au créancier, en vue de rembourser le financement en tout ou en partie. | | |
| v) Au moment de vous offrir la présente assurance, le distributeur vous a remis un Sommaire et une Fiche de renseignements. | | |
| vi) Vous autorisez le distributeur à nous payer en votre nom la prime totale. Il est entendu que, si votre demande d'assurance est rejetée, notre responsabilité se limite au remboursement de la prime. | | |
| vii) La présente demande d'assurance, le questionnaire médical, le cas échéant, ou tout formulaire soumis relativement à l'assurance font partie du certificat d'assurance. | | |
| viii) Vous avez lu, compris et acceptez le contenu de la section Dossiers et renseignements personnels suivante : | | |
| <p>Dossiers et renseignements personnels : Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première compagnie du Canada. Nous collectons les renseignements à partir des demandes d'assurance et d'autres informations que vous nous fournissez ou que vous fournissez à nos partenaires de distribution, en rapport avec les produits d'assurance et/ou financiers que nous offrons. Nous collectons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels aux fins de : confirmation de votre identité, tarification, y compris pour déterminer votre admissibilité ou vos besoins en matière d'assurance et/ou de produits financiers que vous demandez; administration et traitement; demandes de règlement; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses déclarations; et répondre aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous, et nos filiales, pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir, ou de permettre à certaines organisations de vous offrir, d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cette fin en tout temps par téléphone au : 1 888 968-4155 ou par courrier : Bureau de la protection des renseignements personnels, 25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400, Toronto (Ontario) M2N 6S6. Nous donnerons accès à vos renseignements personnels uniquement à ceux de nos employés et agents indépendants, filiales au sein de notre groupe d'entreprises, administrateurs, partenaires de distribution et autres fournisseurs tiers et sous-traitants, ainsi qu'à nos réassureurs, qui ont besoin de vos renseignements personnels pour effectuer leur travail. Nous donnerons également accès à toute autre personne que vous autorisez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et à nos pratiques en matière de confidentialité. Parfois, sauf interdiction contraire, ces personnes peuvent se trouver, ou vos renseignements personnels peuvent être stockés, dans des serveurs situés dans d'autres provinces du Canada ou des pays à l'extérieur du Canada, de sorte que vos renseignements personnels peuvent être soumis aux lois de ces autres provinces ou pays. Vous pouvez demander les informations vous concernant dans nos fichiers et, le cas échéant, nous demander par écrit de les corriger. Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, veuillez visiter https://securiancanada.ca/fr/vie-privee/.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ix) Vous autorisez tout fournisseur de soins de santé ou de réadaptation, d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, toute personne qui vous connaît ou qui possède des renseignements personnels sur votre santé et nos fournisseurs de service associés à échanger des renseignements, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour traiter votre demande d'assurance, administrer la présente assurance et évaluer les demandes de prestation. Vous nous autorisez également à échanger les renseignements personnels qui pourraient être nécessaires à votre créancier pour administrer la présente assurance. | | |
| x) Vous confirmez qu'une photocopie ou une version électronique de la présente demande d'assurance est aussi valide que l'originale. | | |
| <p>xi) Vous reconnaissez que votre demande de prestation pourrait être refusée si elle résulte d'un état de santé préexistant, tel que défini ci-dessous, si l'évènement faisant l'objet de la demande de prestation survient dans les 18 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance.</p> <p>Un état de santé préexistant signifie tout problème de santé, notamment, mais sans s'y limiter, une maladie, une maladie grave, une blessure, ou toute autre affection, dont un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique, pour lequel, dans les 12 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vous avez reçu l'une des interventions prévues à la Liste des interventions; ou - vous avez présenté un symptôme qui ferait en sorte qu'une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liste des interventions :

- un diagnostic
- un avis médical
- un traitement
- un service
- un médicament sur ordonnance
- une consultation, y compris une consultation pour investigation.

Signature - Client 1 _____ Date de signature _____ Signature - Client 2 _____ Date de signature _____

Signature de la personne autorisée par le distributeur _____

| | | |
|---|-------|--------------------------------------|
| La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian Canada), ci-après nommée «nous», fournit l'assurance décrite au certificat numéro : | STQ - | Date de prise d'effet de l'assurance |
|---|-------|--------------------------------------|

Renseignement sur le contrat de financement : Achat (prêt) Location

| A) Renseignements sur le contrat de financement | | | |
|---|----------------|---|--|
| Durée du financement (en mois) | Taux d'intérêt | Versement mensuel (excluant la prime d'assurance) | Montant total du financement (excluant la prime d'assurance) |
| mois | % | \$ | \$ |

| B) Renseignements sur le Client 1 | | | | |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nom | Prénom | N° de téléphone | Date de naissance | Sexe |
| N° Adresse | Rue | App. | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| C) Renseignements sur le Client 2 | | | | |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nom | Prénom | N° de téléphone | Date de naissance | Sexe |
| N° Adresse | Rue | App. | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| D) Renseignements sur le distributeur | | | | |
|---------------------------------------|-----|--------|-------|-------------|
| Nom | | | | |
| N° Adresse | Rue | Bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| E) Renseignement sur le créancier du contrat de financement | | | | |
|---|-----|--------|-------|-------------|
| Nom | | | | |
| N° Adresse | Rue | Bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

F) Protections d'assurance
NOTE IMPORTANTE : Cette assurance est facultative et n'est pas requise pour conclure un contrat de financement. L'assurance peut être résiliée en tout temps en nous envoyant un avis écrit.

| | | | | Client 1 | Client 2 | Prime d'assurance | Date de fin de la protection | Durée de la protection (en mois) |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Protection d'assurance vie * | Prestation initiale | | | \$ | \$ | \$ | | mois |
| | Valeur résiduelle | | | \$ | \$ | | | |
| Protection d'assurance invalidité | Prestation mensuelle | | | \$ | \$ | \$ | | mois |
| | Délai de carence | Option retenue | et | Durée des prestations | Option retenue | | | |
| | | | | 12 mois** | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 30 jours non rétroactifs | | <input type="checkbox"/> | 18 mois** | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 30 jours rétroactifs | | <input type="checkbox"/> | Durée de l'assurance | <input type="checkbox"/> | | | |

* Si vous adhérez à la protection d'assurance vie, la protection d'assurance en cas de mutilation par accident est incluse automatiquement.
** Le nombre de prestations versées est limité à cette durée totale, que les prestations aient été consécutives ou non, et s'applique de manière cumulative pour toutes vos invalidités totales, s'il y a lieu. De plus, les options 12 et 18 mois ne sont pas disponibles pour les contrats financés par Crédit Ford.

| | |
|--------------|-----------|
| Sous-total | \$ |
| Taxes | \$ |
| Total | \$ |

G) Date de prise d'effet de l'assurance
Votre assurance prend effet à la dernière des dates suivantes : 1) à la date de signature de la présente demande d'assurance, 2) si un questionnaire médical est requis, à la date à laquelle nous acceptons votre demande d'assurance, 3) à la date à laquelle le prêt est déboursé en tout ou en partie, dans la mesure où le déboursé s'effectue dans les 90 jours suivant la date de signature de la demande d'assurance. Après ce délai, une nouvelle demande d'assurance doit nous être soumise.
Si vous devez remplir un questionnaire médical (voir section H) Questionnaire médical requis de la présente demande d'assurance), vous êtes couvert par l'assurance temporaire pendant que nous analysons votre demande, et ce pour une durée maximale de 90 jours. Après ce délai, une nouvelle demande d'assurance doit nous être soumise.
Dans le cas où vous ne répondez pas aux conditions d'admissibilité, aucune assurance ne sera accordée et toute prime payée sera alors remboursée au créancier.

H) Questionnaire médical requis
Toute personne souhaitant obtenir la présente assurance doit remplir un questionnaire médical dans les cas suivants :
1. Pour la protection d'assurance vie : Si le montant d'assurance initial est de plus de 100 000 \$.
2. Lorsque la présente demande d'assurance est soumise après la date à laquelle le contrat de financement est conclu, et ce, peu importe le montant d'assurance ou votre âge.
Il est important de lire attentivement et de répondre à toutes les questions du questionnaire médical. Sous réserve de l'assurance temporaire et de certaines autres conditions, aucune assurance ne prendra effet avant que nous ayons évalué et approuvé votre demande d'assurance. Si votre demande d'assurance est refusée après notre évaluation, le refus s'appliquera **uniquement** à la(aux) protection(s) d'assurance visée(s) par le refus.

I) Critères d'admissibilité généraux (applicables à toutes les protections d'assurance)
Pour être admissible à l'assurance offerte à la présente, les conditions suivantes doivent être respectées :
1. Vous êtes une personne physique; et
2. Vous êtes résident canadien; et
3. Vous êtes le/les locataire(s) (dans le cas d'un contrat de location), ou le/les emprunteur(s) (dans le cas d'un contrat de prêt), ou vous agissez à titre de caution.

J) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à l'assurance vie
En plus des conditions prévues à la section I) Critères d'admissibilité généraux, les conditions suivantes doivent être respectées. À la date de prise d'effet de l'assurance, vous devez respecter les conditions relatives à l'âge minimal et l'âge maximal, ainsi qu'au montant maximal assurable et au terme maximal prévus ci-dessous :

| Âge | Montant maximal assurable | Terme maximal |
|--------------------|--|---------------|
| 16 ans et moins | La protection d'assurance vie n'est pas offerte. | |
| Entre 17 et 67 ans | 125 000 \$ | 108 mois |
| 68 ans et plus | La protection d'assurance vie n'est pas offerte. | |

K) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à l'assurance invalidité
En plus des conditions prévues à la section I) Critères d'admissibilité généraux, les conditions suivantes doivent être respectées :

i) À la date de prise d'effet de l'assurance, vous devez respecter les conditions relatives à l'âge minimal et l'âge maximal, ainsi qu'au montant maximal assurable et au terme maximal prévus ci-dessous :

| Âge | Montant maximal assurable | Terme maximal |
|--------------------|---|---------------|
| 16 ans et moins | La protection d'assurance invalidité n'est pas offerte. | |
| Entre 17 et 64 ans | 2 000 \$* | 108 mois |
| 65 ans et plus | La protection d'assurance invalidité n'est pas offerte. | |

* En ce qui concerne le travailleur saisonnier, le montant maximal assurable est limité à 1 000 \$ par mois.
ii) Vous devez satisfaire aux exigences énoncées à la section L) Autres critères d'admissibilité de la présente demande d'assurance.

L) Autres critères d'admissibilité (applicables à la protection d'assurance invalidité)

| | |
|--|--|
| 1. Si vous êtes une personne en congé de maternité, de paternité, en congé parental ou une femme enceinte (ou qui allaite) en retrait de travail préventif, les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Au cours des 12 mois précédant le début de votre congé ou de votre retrait préventif, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) N'eut été votre congé ou votre retrait préventif, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de l'emploi que vous occupiez avant votre congé ou votre retrait préventif, au moment de remplir la présente demande d'assurance. | |
| 2. Si vous êtes un travailleur saisonnier , les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Depuis les 24 derniers mois, vous travaillez dans le même secteur d'activité; et | |
| ii) Au cours des 12 derniers mois, vous avez travaillé plus de 10 semaines consécutives durant lesquelles vous avez travaillé un minimum de 25 heures par semaine; et | |
| iii) Dans les 12 derniers mois, vous avez reçu des prestations régulières de l'Assurance-emploi ou des prestations de pêcheur de l'Assurance-emploi; et | |
| iv) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |
| 3. Si vous êtes un travailleur autonome ou un entrepreneur , les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Depuis les 12 derniers mois, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) Depuis les 12 derniers mois, vous travaillez pour la même entreprise; et | |
| iii) Au cours de la dernière année fiscale complétée, le revenu annuel de votre entreprise est d'au moins 10 000 \$, après réduction de tous frais d'exploitation; et | |
| iv) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |
| 4. Si vous n'êtes pas visé par l'une des situations prévues aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus, vous devez remplir les conditions suivantes : | |
| i) Au cours des 12 derniers mois, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |

Définition d'activement au travail:
 Vous occupez un emploi qui requiert que vous travailliez un minimum de :
 • 25 heures par semaine; et
 • 35 semaines (consécutives ou non) par année, excluant toutes périodes durant lesquelles vous n'exercez pas vos fonctions (exemples: congés sans solde, maladie, invalidité, etc.).

M) Renoncations

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Par la présente, vous attestez avoir reçu une offre d'assurance en vertu de la présente demande d'assurance et, après réflexion, vous renoncez à : | Client 1 | Client 2 |
| i) la protection d'assurance vie (incluant la protection en cas de mutilation par accident) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii) la protection d'assurance invalidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

N) Déclarations

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Par la présente, vous déclarez ce qui suit : | Client 1 | Client 2 |
| i) Les renseignements que vous avez fournis dans la présente demande d'assurance sont exacts et complets et il est entendu que toute déclaration inexacte ou incomplète de votre part relativement à l'assurance peut causer son annulation. | | |
| ii) Vous confirmez avoir reçu une copie de la demande d'assurance et du certificat d'assurance. | | |
| iii) Vous avez lu et compris les conditions, définitions et exclusions de votre certificat d'assurance. | | |
| iv) Vous comprenez que toute prestation qui pourrait être versée en vertu de l'assurance est payée uniquement au créancier, en vue de rembourser le financement en tout ou en partie. | | |
| v) Au moment de vous offrir la présente assurance, le distributeur vous a remis un Sommaire et une Fiche de renseignements. | | |
| vi) Vous autorisez le distributeur à nous payer en votre nom la prime totale. Il est entendu que, si votre demande d'assurance est rejetée, notre responsabilité se limite au remboursement de la prime. | | |
| vii) La présente demande d'assurance, le questionnaire médical, le cas échéant, ou tout formulaire soumis relativement à l'assurance font partie du certificat d'assurance. | | |
| viii) Vous avez lu, compris et acceptez le contenu de la section Dossiers et renseignements personnels suivante : Dossiers et renseignements personnels : Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première compagnie du Canada. Nous collectons les renseignements à partir des demandes d'assurance et d'autres informations que vous nous fournissez ou que vous fournissez à nos partenaires de distribution, en rapport avec les produits d'assurance et/ou financiers que nous offrons. Nous collectons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels aux fins de : confirmation de votre identité, tarification, y compris pour déterminer votre admissibilité ou vos besoins en matière d'assurance et/ou de produits financiers que vous demandez; administration et traitement; demandes de règlement; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses déclarations; et répondre aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous, et nos filiales, pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir, ou de permettre à certaines organisations de vous offrir, d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cette fin en tout temps par téléphone au : 1 888 968-4155 ou par courrier : Bureau de la protection des renseignements personnels, 25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400, Toronto (Ontario) M2N 6S6. Nous donnerons accès à vos renseignements personnels uniquement à ceux de nos employés et agents indépendants, filiales au sein de notre groupe d'entreprises, administrateurs, partenaires de distribution et autres fournisseurs tiers et sous-traitants, ainsi qu'à nos réassureurs, qui ont besoin de vos renseignements personnels pour effectuer leur travail. Nous donnerons également accès à toute autre personne que vous autorisez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et à nos pratiques en matière de confidentialité. Parfois, sauf interdiction contraire, ces personnes peuvent se trouver, ou vos renseignements personnels peuvent être stockés, dans des serveurs situés dans d'autres provinces du Canada ou des pays à l'extérieur du Canada, de sorte que vos renseignements personnels peuvent être soumis aux lois de ces autres provinces ou pays. Vous pouvez demander les informations vous concernant dans nos fichiers et, le cas échéant, nous demander par écrit de les corriger. Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, veuillez visiter https://securiancanada.ca/fr/vie-privee/ . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ix) Vous autorisez tout fournisseur de soins de santé ou de réadaptation, d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, toute personne qui vous connaît ou qui possède des renseignements personnels sur votre santé et nos fournisseurs de service associés à échanger des renseignements, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour traiter votre demande d'assurance, administrer la présente assurance et évaluer les demandes de prestation. Vous nous autorisez également à échanger les renseignements personnels qui pourraient être nécessaires à votre créancier pour administrer la présente assurance. | | |
| x) Vous confirmez qu'une photocopie ou une version électronique de la présente demande d'assurance est aussi valide que l'originale. | | |
| xi) Vous reconnaissez que votre demande de prestation pourrait être refusée si elle résulte d'un état de santé préexistant, tel que défini ci-dessous, si l'évènement faisant l'objet de la demande de prestation survient dans les 18 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance. Un état de santé préexistant signifie tout problème de santé, notamment, mais sans s'y limiter, une maladie, une maladie grave, une blessure, ou toute autre affection, dont un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique, pour lequel, dans les 12 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance : - vous avez reçu l'une des interventions prévues à la Liste des interventions ; ou - vous avez présenté un symptôme qui ferait en sorte qu'une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liste des interventions :
 - un diagnostic
 - un avis médical
 - un traitement
 - un service
 - un médicament sur ordonnance
 - une consultation, y compris une consultation pour investigation.

Signature - Client 1 _____ Date de signature _____ Signature - Client 2 _____ Date de signature _____

Signature de la personne autorisée par le distributeur _____

| | | |
|---|-------|--------------------------------------|
| La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian Canada), ci-après nommée « nous », fournit l'assurance décrite au certificat numéro : | STQ - | Date de prise d'effet de l'assurance |
|---|-------|--------------------------------------|

Renseignement sur le contrat de financement : Achat (prêt) Location

| A) Renseignements sur le contrat de financement | | | |
|---|----------------|---|--|
| Durée du financement (en mois) | Taux d'intérêt | Versement mensuel (excluant la prime d'assurance) | Montant total du financement (excluant la prime d'assurance) |
| mois | % | \$ | \$ |

| B) Renseignements sur le Client 1 | | | | |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nom | Prénom | N° de téléphone | Date de naissance | Sexe |
| N° Adresse | Rue | App. | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| C) Renseignements sur le Client 2 | | | | |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nom | Prénom | N° de téléphone | Date de naissance | Sexe |
| N° Adresse | Rue | App. | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| D) Renseignements sur le distributeur | | | | |
|---------------------------------------|-----|--------|-------|-------------|
| Nom | | | | |
| N° Adresse | Rue | Bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| E) Renseignement sur le créancier du contrat de financement | | | | |
|---|-----|--------|-------|-------------|
| Nom | | | | |
| N° Adresse | Rue | Bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

F) Protections d'assurance
NOTE IMPORTANTE : Cette assurance est facultative et n'est pas requise pour conclure un contrat de financement. L'assurance peut être résiliée en tout temps en nous envoyant un avis écrit.

| | | | | Client 1 | Client 2 | Prime d'assurance | Date de fin de la protection | Durée de la protection (en mois) | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------|----|-----------------------|----------------|-------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Protection d'assurance vie * | Prestation initiale | | | \$ | \$ | \$ | | mois | |
| | Valeur résiduelle | | | \$ | \$ | | | | |
| Protection d'assurance invalidité | Prestation mensuelle | | | \$ | \$ | \$ | | mois | |
| | Délai de carence | Option retenue | et | Durée des prestations | Option retenue | | | | |
| | | | | 12 mois** | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 18 mois** | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Durée de l'assurance | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 30 jours non rétroactifs | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 30 jours rétroactifs | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

* Si vous adhérez à la protection d'assurance vie, la protection d'assurance en cas de mutilation par accident est incluse automatiquement.
** Le nombre de prestations versées est limité à cette durée totale, que les prestations aient été consécutives ou non, et s'applique de manière cumulative pour toutes vos invalidités totales, s'il y a lieu. De plus, les options 12 et 18 mois ne sont pas disponibles pour les contrats financés par Crédit Ford.

| | |
|--------------|-----------|
| Sous-total | \$ |
| Taxes | \$ |
| Total | \$ |

G) Date de prise d'effet de l'assurance
Votre assurance prend effet à la dernière des dates suivantes : 1) à la date de signature de la présente demande d'assurance, 2) si un questionnaire médical est requis, à la date à laquelle nous acceptons votre demande d'assurance, 3) à la date à laquelle le prêt est déboursé en tout ou en partie, dans la mesure où le déboursé s'effectue dans les 90 jours suivant la date de signature de la demande d'assurance. Après ce délai, une nouvelle demande d'assurance doit nous être soumise.
Si vous devez remplir un questionnaire médical (voir section H) Questionnaire médical requis de la présente demande d'assurance), vous êtes couvert par l'assurance temporaire pendant que nous analysons votre demande, et ce pour une durée maximale de 90 jours. Après ce délai, une nouvelle demande d'assurance doit nous être soumise.
Dans le cas où vous ne répondez pas aux conditions d'admissibilité, aucune assurance ne sera accordée et toute prime payée sera alors remboursée au créancier.

H) Questionnaire médical requis
Toute personne souhaitant obtenir la présente assurance doit remplir un questionnaire médical dans les cas suivants :
1. Pour la protection d'assurance vie : Si le montant d'assurance initial est de plus de 100 000 \$.
2. Lorsque la présente demande d'assurance est soumise après la date à laquelle le contrat de financement est conclu, et ce, peu importe le montant d'assurance ou votre âge.
Il est important de lire attentivement et de répondre à toutes les questions du questionnaire médical. Sous réserve de l'assurance temporaire et de certaines autres conditions, aucune assurance ne prendra effet avant que nous ayons évalué et approuvé votre demande d'assurance. Si votre demande d'assurance est refusée après notre évaluation, le refus s'appliquera **uniquement** à la(aux) protection(s) d'assurance visée(s) par le refus.

I) Critères d'admissibilité généraux (applicables à toutes les protections d'assurance)
Pour être admissible à l'assurance offerte à la présente, les conditions suivantes doivent être respectées :
1. Vous êtes une personne physique; et
2. Vous êtes résident canadien; et
3. Vous êtes le/les locataire(s) (dans le cas d'un contrat de location), ou le/les emprunteur(s) (dans le cas d'un contrat de prêt), ou vous agissez à titre de caution.

J) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à l'assurance vie
En plus des conditions prévues à la section I) Critères d'admissibilité généraux, les conditions suivantes doivent être respectées. À la date de prise d'effet de l'assurance, vous devez respecter les conditions relatives à l'âge minimal et l'âge maximal, ainsi qu'au montant maximal assurable et au terme maximal prévus ci-dessous :

| Âge | Montant maximal assurable | Terme maximal |
|--------------------|--|---------------|
| 16 ans et moins | La protection d'assurance vie n'est pas offerte. | |
| Entre 17 et 67 ans | 125 000 \$ | 108 mois |
| 68 ans et plus | La protection d'assurance vie n'est pas offerte. | |

K) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à l'assurance invalidité
En plus des conditions prévues à la section I) Critères d'admissibilité généraux, les conditions suivantes doivent être respectées :
i) À la date de prise d'effet de l'assurance, vous devez respecter les conditions relatives à l'âge minimal et l'âge maximal, ainsi qu'au montant maximal assurable et au terme maximal prévus ci-dessous :

| Âge | Montant maximal assurable | Terme maximal |
|--------------------|---|---------------|
| 16 ans et moins | La protection d'assurance invalidité n'est pas offerte. | |
| Entre 17 et 64 ans | 2 000 \$* | 108 mois |
| 65 ans et plus | La protection d'assurance invalidité n'est pas offerte. | |

* En ce qui concerne le travailleur saisonnier, le montant maximal assurable est limité à 1 000 \$ par mois.
ii) Vous devez satisfaire aux exigences énoncées à la section L) Autres critères d'admissibilité de la présente demande d'assurance.

L) Autres critères d'admissibilité (applicables à la protection d'assurance invalidité)

| | |
|--|--|
| 1. Si vous êtes une personne en congé de maternité, de paternité, en congé parental ou une femme enceinte (ou qui allaite) en retrait de travail préventif, les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Au cours des 12 mois précédant le début de votre congé ou de votre retrait préventif, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) N'eut été votre congé ou votre retrait préventif, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de l'emploi que vous occupiez avant votre congé ou votre retrait préventif, au moment de remplir la présente demande d'assurance. | |
| 2. Si vous êtes un travailleur saisonnier , les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Depuis les 24 derniers mois, vous travaillez dans le même secteur d'activité; et | |
| ii) Au cours des 12 derniers mois, vous avez travaillé plus de 10 semaines consécutives durant lesquelles vous avez travaillé un minimum de 25 heures par semaine; et | |
| iii) Dans les 12 derniers mois, vous avez reçu des prestations régulières de l'Assurance-emploi ou des prestations de pêcheur de l'Assurance-emploi; et | |
| iv) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |
| 3. Si vous êtes un travailleur autonome ou un entrepreneur , les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Depuis les 12 derniers mois, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) Depuis les 12 derniers mois, vous travaillez pour la même entreprise; et | |
| iii) Au cours de la dernière année fiscale complétée, le revenu annuel de votre entreprise est d'au moins 10 000 \$, après réduction de tous frais d'exploitation; et | |
| iv) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |
| 4. Si vous n'êtes pas visé par l'une des situations prévues aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus, vous devez remplir les conditions suivantes : | |
| i) Au cours des 12 derniers mois, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |

Définition d'activement au travail:
 Vous occupez un emploi qui requiert que vous travailliez un minimum de :

- 25 heures par semaine; et
- 35 semaines (consécutives ou non) par année, excluant toutes périodes durant lesquelles vous n'exercez pas vos fonctions (exemples: congés sans solde, maladie, invalidité, etc.).

M) Renoncements

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Par la présente, vous attestez avoir reçu une offre d'assurance en vertu de la présente demande d'assurance et, après réflexion, vous renoncez à : | Client 1 | Client 2 |
| i) la protection d'assurance vie (incluant la protection en cas de mutilation par accident) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii) la protection d'assurance invalidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

N) Déclarations

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Par la présente, vous déclarez ce qui suit : | Client 1 | Client 2 |
| i) Les renseignements que vous avez fournis dans la présente demande d'assurance sont exacts et complets et il est entendu que toute déclaration inexacte ou incomplète de votre part relativement à l'assurance peut causer son annulation. | | |
| ii) Vous confirmez avoir reçu une copie de la demande d'assurance et du certificat d'assurance. | | |
| iii) Vous avez lu et compris les conditions, définitions et exclusions de votre certificat d'assurance. | | |
| iv) Vous comprenez que toute prestation qui pourrait être versée en vertu de l'assurance est payée uniquement au créancier, en vue de rembourser le financement en tout ou en partie. | | |
| v) Au moment de vous offrir la présente assurance, le distributeur vous a remis un Sommaire et une Fiche de renseignements. | | |
| vi) Vous autorisez le distributeur à nous payer en votre nom la prime totale. Il est entendu que, si votre demande d'assurance est rejetée, notre responsabilité se limite au remboursement de la prime. | | |
| vii) La présente demande d'assurance, le questionnaire médical, le cas échéant, ou tout formulaire soumis relativement à l'assurance font partie du certificat d'assurance. | | |
| viii) Vous avez lu, compris et acceptez le contenu de la section Dossiers et renseignements personnels suivante : | | |
| <p>Dossiers et renseignements personnels : Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première compagnie du Canada. Nous collectons les renseignements à partir des demandes d'assurance et d'autres informations que vous nous fournissez ou que vous fournissez à nos partenaires de distribution, en rapport avec les produits d'assurance et/ou financiers que nous offrons. Nous collectons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels aux fins de : confirmation de votre identité, tarification, y compris pour déterminer votre admissibilité ou vos besoins en matière d'assurance et/ou de produits financiers que vous demandez; administration et traitement; demandes de règlement; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses déclarations; et répondre aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous, et nos filiales, pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir, ou de permettre à certaines organisations de vous offrir, d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cette fin en tout temps par téléphone au : 1 888 968-4155 ou par courrier : Bureau de la protection des renseignements personnels, 25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400, Toronto (Ontario) M2N 6S6. Nous donnerons accès à vos renseignements personnels uniquement à ceux de nos employés et agents indépendants, filiales au sein de notre groupe d'entreprises, administrateurs, partenaires de distribution et autres fournisseurs tiers et sous-traitants, ainsi qu'à nos réassureurs, qui ont besoin de vos renseignements personnels pour effectuer leur travail. Nous donnerons également accès à toute autre personne que vous autorisez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et à nos pratiques en matière de confidentialité. Parfois, sauf interdiction contraire, ces personnes peuvent se trouver, ou vos renseignements personnels peuvent être stockés, dans des serveurs situés dans d'autres provinces du Canada ou des pays à l'extérieur du Canada, de sorte que vos renseignements personnels peuvent être soumis aux lois de ces autres provinces ou pays. Vous pouvez demander les informations vous concernant dans nos fichiers et, le cas échéant, nous demander par écrit de les corriger. Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, veuillez visiter https://securiancanada.ca/fr/vie-privee/.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ix) Vous autorisez tout fournisseur de soins de santé ou de réadaptation, d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, toute personne qui vous connaît ou qui possède des renseignements personnels sur votre santé et nos fournisseurs de service associés à échanger des renseignements, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour traiter votre demande d'assurance, administrer la présente assurance et évaluer les demandes de prestation. Vous nous autorisez également à échanger les renseignements personnels qui pourraient être nécessaires à votre créancier pour administrer la présente assurance. | | |
| x) Vous confirmez qu'une photocopie ou une version électronique de la présente demande d'assurance est aussi valide que l'originale. | | |
| <p>xi) Vous reconnaissez que votre demande de prestation pourrait être refusée si elle résulte d'un état de santé préexistant, tel que défini ci-dessous, si l'évènement faisant l'objet de la demande de prestation survient dans les 18 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance.</p> <p>Un état de santé préexistant signifie tout problème de santé, notamment, mais sans s'y limiter, une maladie, une maladie grave, une blessure, ou toute autre affection, dont un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique, pour lequel, dans les 12 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vous avez reçu l'une des interventions prévues à la Liste des interventions; ou - vous avez présenté un symptôme qui ferait en sorte qu'une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liste des interventions :

- un diagnostic
- un avis médical
- un traitement
- un service
- un médicament sur ordonnance
- une consultation, y compris une consultation pour investigation.

Signature - Client 1 _____ Date de signature _____ Signature - Client 2 _____ Date de signature _____

Signature de la personne autorisée par le distributeur _____

| | | |
|---|-------|--------------------------------------|
| La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian Canada), ci-après nommée «nous», fournit l'assurance décrite au certificat numéro : | STQ - | Date de prise d'effet de l'assurance |
|---|-------|--------------------------------------|

Renseignement sur le contrat de financement : Achat (prêt) Location

| A) Renseignements sur le contrat de financement | | | |
|---|----------------|---|--|
| Durée du financement (en mois) | Taux d'intérêt | Versement mensuel (excluant la prime d'assurance) | Montant total du financement (excluant la prime d'assurance) |
| mois | % | \$ | \$ |

| B) Renseignements sur le Client 1 | | | | |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nom | Prénom | N° de téléphone | Date de naissance | Sexe |
| N° Adresse | Rue | App. | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| C) Renseignements sur le Client 2 | | | | |
|-----------------------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------|
| Nom | Prénom | N° de téléphone | Date de naissance | Sexe |
| N° Adresse | Rue | App. | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| D) Renseignements sur le distributeur | | | | |
|---------------------------------------|-----|--------|-------|-------------|
| Nom | | | | |
| N° Adresse | Rue | Bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

| E) Renseignement sur le créancier du contrat de financement | | | | |
|---|-----|--------|-------|-------------|
| Nom | | | | |
| N° Adresse | Rue | Bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |

F) Protections d'assurance
NOTE IMPORTANTE : Cette assurance est facultative et n'est pas requise pour conclure un contrat de financement. L'assurance peut être résiliée en tout temps en nous envoyant un avis écrit.

| | | | | Client 1 | Client 2 | Prime d'assurance | Date de fin de la protection | Durée de la protection (en mois) | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------|----|-----------------------|----------------|-------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Protection d'assurance vie * | Prestation initiale | | | \$ | \$ | \$ | | mois | |
| | Valeur résiduelle | | | \$ | \$ | | | | |
| Protection d'assurance invalidité | Prestation mensuelle | | | \$ | \$ | \$ | | mois | |
| | Délai de carence | Option retenue | et | Durée des prestations | Option retenue | | | | |
| | | | | 12 mois** | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 18 mois** | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Durée de l'assurance | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 30 jours non rétroactifs | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 30 jours rétroactifs | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | Sous-total | \$ | | |
| | | | | | | Taxes | \$ | | |
| | | | | | | Total | \$ | | |

* Si vous adhérez à la protection d'assurance vie, la protection d'assurance en cas de mutilation par accident est incluse automatiquement.
** Le nombre de prestations versées est limité à cette durée totale, que les prestations aient été consécutives ou non, et s'applique de manière cumulative pour toutes vos invalidités totales, s'il y a lieu. De plus, les options 12 et 18 mois ne sont pas disponibles pour les contrats financés par Crédit Ford.

G) Date de prise d'effet de l'assurance
Votre assurance prend effet à la dernière des dates suivantes : 1) à la date de signature de la présente demande d'assurance, 2) si un questionnaire médical est requis, à la date à laquelle nous acceptons votre demande d'assurance, 3) à la date à laquelle le prêt est déboursé en tout ou en partie, dans la mesure où le déboursé s'effectue dans les 90 jours suivant la date de signature de la demande d'assurance. Après ce délai, une nouvelle demande d'assurance doit nous être soumise.
Si vous devez remplir un questionnaire médical (voir section H) Questionnaire médical requis de la présente demande d'assurance), vous êtes couvert par l'assurance temporaire pendant que nous analysons votre demande, et ce pour une durée maximale de 90 jours. Après ce délai, une nouvelle demande d'assurance doit nous être soumise.
Dans le cas où vous ne répondez pas aux conditions d'admissibilité, aucune assurance ne sera accordée et toute prime payée sera alors remboursée au créancier.

H) Questionnaire médical requis
Toute personne souhaitant obtenir la présente assurance doit remplir un questionnaire médical dans les cas suivants :
1. Pour la protection d'assurance vie : Si le montant d'assurance initial est de plus de 100 000 \$.
2. Lorsque la présente demande d'assurance est soumise après la date à laquelle le contrat de financement est conclu, et ce, peu importe le montant d'assurance ou votre âge.
Il est important de lire attentivement et de répondre à toutes les questions du questionnaire médical. Sous réserve de l'assurance temporaire et de certaines autres conditions, aucune assurance ne prendra effet avant que nous ayons évalué et approuvé votre demande d'assurance. Si votre demande d'assurance est refusée après notre évaluation, le refus s'appliquera **uniquement** à la(aux) protection(s) d'assurance visée(s) par le refus.

I) Critères d'admissibilité généraux (applicables à toutes les protections d'assurance)
Pour être admissible à l'assurance offerte à la présente, les conditions suivantes doivent être respectées :
1. Vous êtes une personne physique; et
2. Vous êtes résident canadien; et
3. Vous êtes le/les locataire(s) (dans le cas d'un contrat de location), ou le/les emprunteur(s) (dans le cas d'un contrat de prêt), ou vous agissez à titre de caution.

J) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à l'assurance vie
En plus des conditions prévues à la section I) Critères d'admissibilité généraux, les conditions suivantes doivent être respectées. À la date de prise d'effet de l'assurance, vous devez respecter les conditions relatives à l'âge minimal et l'âge maximal, ainsi qu'au montant maximal assurable et au terme maximal prévus ci-dessous :

| Âge | Montant maximal assurable | Terme maximal |
|--------------------|--|---------------|
| 16 ans et moins | La protection d'assurance vie n'est pas offerte. | |
| Entre 17 et 67 ans | 125 000 \$ | 108 mois |
| 68 ans et plus | La protection d'assurance vie n'est pas offerte. | |

K) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à l'assurance invalidité
En plus des conditions prévues à la section I) Critères d'admissibilité généraux, les conditions suivantes doivent être respectées :
i) À la date de prise d'effet de l'assurance, vous devez respecter les conditions relatives à l'âge minimal et l'âge maximal, ainsi qu'au montant maximal assurable et au terme maximal prévus ci-dessous :

| Âge | Montant maximal assurable | Terme maximal |
|--------------------|---|---------------|
| 16 ans et moins | La protection d'assurance invalidité n'est pas offerte. | |
| Entre 17 et 64 ans | 2 000 \$* | 108 mois |
| 65 ans et plus | La protection d'assurance invalidité n'est pas offerte. | |

* En ce qui concerne le travailleur saisonnier, le montant maximal assurable est limité à 1 000 \$ par mois.
ii) Vous devez satisfaire aux exigences énoncées à la section L) Autres critères d'admissibilité de la présente demande d'assurance.

L) Autres critères d'admissibilité (applicables à la protection d'assurance invalidité)

| | |
|--|--|
| 1. Si vous êtes une personne en congé de maternité, de paternité, en congé parental ou une femme enceinte (ou qui allaite) en retrait de travail préventif, les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Au cours des 12 mois précédant le début de votre congé ou de votre retrait préventif, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) N'eut été votre congé ou votre retrait préventif, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de l'emploi que vous occupiez avant votre congé ou votre retrait préventif, au moment de remplir la présente demande d'assurance. | |
| 2. Si vous êtes un travailleur saisonnier , les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Depuis les 24 derniers mois, vous travaillez dans le même secteur d'activité; et | |
| ii) Au cours des 12 derniers mois, vous avez travaillé plus de 10 semaines consécutives durant lesquelles vous avez travaillé un minimum de 25 heures par semaine; et | |
| iii) Dans les 12 derniers mois, vous avez reçu des prestations régulières de l'Assurance-emploi ou des prestations de pêcheur de l'Assurance-emploi; et | |
| iv) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |
| 3. Si vous êtes un travailleur autonome ou un entrepreneur , les conditions suivantes doivent être respectées : | |
| i) Depuis les 12 derniers mois, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) Depuis les 12 derniers mois, vous travaillez pour la même entreprise; et | |
| iii) Au cours de la dernière année fiscale complétée, le revenu annuel de votre entreprise est d'au moins 10 000 \$, après réduction de tous frais d'exploitation; et | |
| iv) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |
| 4. Si vous n'êtes pas visé par l'une des situations prévues aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus, vous devez remplir les conditions suivantes : | |
| i) Au cours des 12 derniers mois, vous répondez à la définition d'activement au travail ; et | |
| ii) Au moment de remplir la présente demande d'assurance, vous êtes apte à accomplir les fonctions habituelles de votre emploi. | |

Définition d'activement au travail:
 Vous occupez un emploi qui requiert que vous travailliez un minimum de :

- 25 heures par semaine; et
- 35 semaines (consécutives ou non) par année, excluant toutes périodes durant lesquelles vous n'exercez pas vos fonctions (exemples: congés sans solde, maladie, invalidité, etc.).

M) Renonciations

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Par la présente, vous attestez avoir reçu une offre d'assurance en vertu de la présente demande d'assurance et, après réflexion, vous renoncez à : | Client 1 | Client 2 |
| i) la protection d'assurance vie (incluant la protection en cas de mutilation par accident) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii) la protection d'assurance invalidité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

N) Déclarations

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Par la présente, vous déclarez ce qui suit : | Client 1 | Client 2 |
| i) Les renseignements que vous avez fournis dans la présente demande d'assurance sont exacts et complets et il est entendu que toute déclaration inexacte ou incomplète de votre part relativement à l'assurance peut causer son annulation. | | |
| ii) Vous confirmez avoir reçu une copie de la demande d'assurance et du certificat d'assurance. | | |
| iii) Vous avez lu et compris les conditions, définitions et exclusions de votre certificat d'assurance. | | |
| iv) Vous comprenez que toute prestation qui pourrait être versée en vertu de l'assurance est payée uniquement au créancier, en vue de rembourser le financement en tout ou en partie. | | |
| v) Au moment de vous offrir la présente assurance, le distributeur vous a remis un Sommaire et une Fiche de renseignements. | | |
| vi) Vous autorisez le distributeur à nous payer en votre nom la prime totale. Il est entendu que, si votre demande d'assurance est rejetée, notre responsabilité se limite au remboursement de la prime. | | |
| vii) La présente demande d'assurance, le questionnaire médical, le cas échéant, ou tout formulaire soumis relativement à l'assurance font partie du certificat d'assurance. | | |
| viii) Vous avez lu, compris et acceptez le contenu de la section Dossiers et renseignements personnels suivante : | | |
| <p>Dossiers et renseignements personnels : Le respect de votre vie privée est une priorité pour la Compagnie d'assurance-vie Première compagnie du Canada. Nous collectons les renseignements à partir des demandes d'assurance et d'autres informations que vous nous fournissez ou que vous fournissez à nos partenaires de distribution, en rapport avec les produits d'assurance et/ou financiers que nous offrons. Nous collectons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels aux fins de : confirmation de votre identité, tarification, y compris pour déterminer votre admissibilité ou vos besoins en matière d'assurance et/ou de produits financiers que vous demandez; administration et traitement; demandes de règlement; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses déclarations; et répondre aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous, et nos filiales, pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir, ou de permettre à certaines organisations de vous offrir, d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cette fin en tout temps par téléphone au : 1 888 968-4155 ou par courrier : Bureau de la protection des renseignements personnels, 25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400, Toronto (Ontario) M2N 6S6. Nous donnerons accès à vos renseignements personnels uniquement à ceux de nos employés et agents indépendants, filiales au sein de notre groupe d'entreprises, administrateurs, partenaires de distribution et autres fournisseurs tiers et sous-traitants, ainsi qu'à nos réassureurs, qui ont besoin de vos renseignements personnels pour effectuer leur travail. Nous donnerons également accès à toute autre personne que vous autorisez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et à nos pratiques en matière de confidentialité. Parfois, sauf interdiction contraire, ces personnes peuvent se trouver, ou vos renseignements personnels peuvent être stockés, dans des serveurs situés dans d'autres provinces du Canada ou des pays à l'extérieur du Canada, de sorte que vos renseignements personnels peuvent être soumis aux lois de ces autres provinces ou pays. Vous pouvez demander les informations vous concernant dans nos fichiers et, le cas échéant, nous demander par écrit de les corriger. Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, veuillez visiter https://securiancanada.ca/fr/vie-privee/.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ix) Vous autorisez tout fournisseur de soins de santé ou de réadaptation, d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, toute personne qui vous connaît ou qui possède des renseignements personnels sur votre santé et nos fournisseurs de service associés à échanger des renseignements, lorsque cela s'avère pertinent et nécessaire pour traiter votre demande d'assurance, administrer la présente assurance et évaluer les demandes de prestation. Vous nous autorisez également à échanger les renseignements personnels qui pourraient être nécessaires à votre créancier pour administrer la présente assurance. | | |
| x) Vous confirmez qu'une photocopie ou une version électronique de la présente demande d'assurance est aussi valide que l'originale. | | |
| <p>xi) Vous reconnaissez que votre demande de prestation pourrait être refusée si elle résulte d'un état de santé préexistant, tel que défini ci-dessous, si l'évènement faisant l'objet de la demande de prestation survient dans les 18 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance.</p> <p>Un état de santé préexistant signifie tout problème de santé, notamment, mais sans s'y limiter, une maladie, une maladie grave, une blessure, ou toute autre affection, dont un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique, pour lequel, dans les 12 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vous avez reçu l'une des interventions prévues à la Liste des interventions; ou - vous avez présenté un symptôme qui ferait en sorte qu'une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liste des interventions :

- un diagnostic
- un avis médical
- un traitement
- un service
- un médicament sur ordonnance
- une consultation, y compris une consultation pour investigation.

Signature - Client 1 _____ Date de signature _____ Signature - Client 2 _____ Date de signature _____

Signature de la personne autorisée par le distributeur _____

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective – Plan STQ264

Ce document est un contrat générique pour *notre* produit d'assurance crédit collective. Certaines protections d'assurance pourraient ne pas s'appliquer à *votre* situation. Pour connaître les protections et les montants applicables aux protections d'assurance que *vous* avez achetées, référez-vous à *votre Demande d'assurance*.

Aux fins du présent contrat :

- « nous », « notre » ou « nos » réfèrent à l'assureur de la présente assurance, soit la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada (Securian Canada), 25, avenue Sheppard ouest, bureau 1400, Toronto (Ontario) M2N 6S6;
- « vous », « votre » ou « vos » réfèrent, individuellement ou collectivement, à la(les) personne(s) admissible(s) nommée(s) dans la *Demande d'assurance*.

De plus, certains autres termes, mots ou expressions ont le sens qui leur est donné à l'**Article 1 - Définitions** de la **PARTIE 5 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES**, ainsi qu'aux articles **Définitions** prévus aux sections propres à chaque protection d'assurance, le cas échéant.

Ces termes, mots ou expressions sont en *italiques*.

Nous vous assurons uniquement pour la ou les protection(s) d'assurance décrite(s) dans le présent certificat si :

- une prime et un montant d'assurance sont prévus à la *Demande d'assurance*; et
- *vous* avez acquitté la prime d'assurance dans son entièreté; et
- *nous* avons accepté *votre Demande d'assurance*, à la suite de l'analyse de *votre* Questionnaire médical, le cas échéant.

Vous ne pouvez pas céder *votre* certificat à qui que ce soit, quelle que soit la raison.

Table des matières

Partie 1 – Protection d’assurance vie **4**

- Article 1 – Objet de l’assurance
- Article 2 – Montant de la prestation d’assurance
- Article 3 – Restrictions
- Article 4 – Exclusion

Partie 2 – Protection d’assurance invalidité **5**

- Article 1 – Objet de l’assurance
- Article 2 – Définitions spécifiques à la protection d’assurance invalidité
- Article 3 – Conditions pour le versement des prestations
- Article 4 – Montant des prestations d’assurance
- Article 5 – Présomption d’invalidité
- Article 6 – Restrictions
- Article 7 – Exclusions
- Article 8 – Fin du versement des prestations

Partie 3 – Protection d’assurance en cas de mutilation par accident **8**

- Article 1 – Objet de l’assurance
- Article 2 – Montant de la prestation d’assurance
- Article 3 – Conditions pour le versement de la prestation
- Article 4 – Restrictions
- Article 5 – Exclusions

Partie 4 – Convention d’assurance temporaire pendant le processus de sélection de risque **10**

Partie 5 – Dispositions générales **11**

- Article 1 – Définitions
- Article 2 – Exclusions
- Article 3 – Fin de l’assurance
- Article 4 – Droit de résolution
- Article 5 – Remboursement de la prime
- Article 6 – Demande de prestation
- Article 7 – Fausses déclarations sur des faits importants, votre état de santé ou vos renseignements médicaux
- Article 8 – Avis de constitution de dossier et d’utilisation des renseignements personnels

Avis de résolution d’un contrat d’assurance **16**

Conditions d'admissibilité

Pour être admissible aux protections prévues au présent certificat d'assurance, *vous* devez répondre aux conditions d'admissibilité prévues aux sections I) à L) de la *Demande d'assurance*.

Partie 1 – Protection d’assurance vie*

* La protection d’assurance en cas de mutilation par accident est incluse automatiquement si *vous* adhérez à la protection d’assurance vie.

Article 1 – Objet de l’assurance

Sous réserve des autres dispositions du certificat, *nous nous* engageons à verser une prestation d’assurance si *vous* décédez lorsque la présente protection d’assurance est en vigueur.

Article 2 – Montant de la prestation d’assurance

La prestation est payable au *créancier* désigné à *votre Demande d’assurance*, sur réception d’une preuve de décès que *nous* jugeons satisfaisante.

Le montant de la prestation équivaut au moins élevé des montants suivants :

1. **dans le cas d’un contrat de prêt**, le solde dû en vertu de ce contrat à la date de *votre* décès, tel que précisé dans un avis émis par le *créancier*;
2. **dans le cas d’un contrat de location**, la valeur actualisée des versements qui *vous* restent à acquitter à la date de *votre* décès et, si *vous* avez pris cette option, la *valeur résiduelle* indiquée dans *votre Demande d’assurance*;
3. la prestation initiale prévue à la section **F) Protections d’assurance** de *votre Demande d’assurance*;
4. le montant maximal assurable prévu à la section **J) Critères d’admissibilité supplémentaires applicables à la protection d’assurance vie** de *votre Demande d’assurance*.

Dans tous les cas, le montant de la prestation inclut la prime d’assurance.

Article 3 – Restrictions

1. Lorsque *vous* êtes plus d’une personne assurée en vertu de la présente protection d’assurance, la prestation ne peut être versée qu’une seule fois, selon l’ordre de réception des formulaires de demande de prestation.
2. La prestation d’assurance ne couvre en aucun cas le retard dans *vos* versements reliés au *contrat de financement* ni l’intérêt en découlant.

Article 4 – Exclusion

En plus des exclusions prévues à l’**Article 2 – Exclusions** de la **PARTIE 5 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES** du présent document, aucune prestation n’est versée si le décès résulte d’un suicide dans les deux ans suivant la *date de prise d’effet de l’assurance*.

Partie 2 – Protection d'assurance invalidité

Article 1 – Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du certificat, *nous nous* engageons à verser des prestations si *vous* devenez *totale*ment invalide lorsque *vous* êtes assuré par la présente protection d'assurance et que *votre invalidité totale* persiste après le *dé*lai de carence.

Article 2 – Définitions spécifiques à la protection d'assurance invalidité

- « Délai de carence » signifie le nombre de jours consécutifs durant lesquels aucune prestation n'est versée et qui débute au moment où *votre invalidité totale* est constatée par un *médecin*.

Aucun *dé*lai de carence ne s'applique en cas de *ré*cidive d'*invalidité totale*.

Votre délai de carence est prévu au paragraphe « Délai de carence et Durée des prestations » de la section **F) Protections d'assurance** de *votre Demande d'assurance*.

- « Durée des prestations » signifie la période durant laquelle les prestations de la présente protection d'assurance sont versées. Cette période débute le jour suivant la fin du *dé*lai de carence et se termine à la première des dates prévues à l'**Article 8 – Fin du versement des prestations** de la présente partie. (Dans le cas d'un *dé*lai de carence rétroactif, cette période débute le premier jour de *votre invalidité totale*.)

Votre durée des prestations est prévue au paragraphe « Délai de carence et Durée des prestations » de la section **F) Protections d'assurance** de *votre Demande d'assurance*.

- « Emploi de remplacement » signifie un emploi pour lequel *vous* êtes raisonnablement qualifié, notamment selon *votre* formation et *votre* expérience, et ce, sans égard à sa disponibilité.
- « Invalidité totale » (ou « totalement invalide ») :
 1. Si *vous* occupez un emploi rémunéré avant l'*invalidité totale* :
 - a) Dans les 12 mois suivant le début de l'*invalidité totale*, *vous* êtes considéré *totale*ment invalide si, à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident* :
 - i. *vous* êtes incapable d'accomplir les tâches importantes de votre *profession habituelle*; et
 - ii. *vous* n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - iii. *vous* recevez des soins médicaux continus prodigués par un *médecin*.
 - b) Après les 12 mois suivant le début de l'*invalidité totale*, *vous* continuez de répondre à la définition d'*invalidité totale* si :
 - i. *vous* êtes incapable d'occuper un *emploi de remplacement*; et
 - ii. *vous* n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - iii. *vous* continuez de recevoir des soins médicaux continus prodigués par un *médecin*.
 2. Si, au moment de l'*invalidité totale*, *vous* n'occupez aucun emploi rémunéré ou *vous* êtes en congé de maternité, de paternité, parental ou en congé sans solde à la suite d'une entente avec *votre* employeur, *vous* êtes considéré *totale*ment invalide si, à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident* :
 - a) *vous* êtes incapable d'occuper un *emploi de remplacement* en raison de *votre invalidité totale*; et
 - b) *vous* n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - c) *vous* recevez des soins médicaux continus prodigués par un *médecin*.

Ne sont pas considérés comme une *invalidité totale*, une grossesse sans complication ou un accouchement sans complication.

- « Profession habituelle » signifie la profession que *vous* exerciez immédiatement avant le début de *votre invalidité totale*.
- « Récidive d'invalidité totale » :
 1. Périodes successives d'*invalidité totale* dues aux **mêmes causes** et séparées par moins de 3 mois complets et consécutifs au cours desquels :
 - a) *vous* êtes retourné au travail selon un horaire quotidien équivalent à celui que *vous* aviez avant l'*invalidité totale*; ou
 - b) *vous* auriez été apte à y retourner.
 2. Se dit aussi de périodes successives d'*invalidité totale* dues à des **causes entièrement différentes** et séparées par moins de 7 jours complets et consécutifs au cours desquels :
 - a) *vous* êtes retourné au travail selon un horaire quotidien équivalent à celui que *vous* aviez avant l'*invalidité totale*; ou
 - b) *vous* auriez été apte à y retourner.

Article 3 – Conditions pour le versement des prestations

Des prestations seront versées au *créancier* désigné à *votre Demande d'assurance* à partir du jour suivant la fin du *décal de carence*, le cas échéant, si les conditions suivantes sont respectées :

1. *vous* êtes *totale*ment invalide; et
2. *votre invalidité totale* a commencé lorsque la présente protection d'assurance invalidité était en vigueur et persiste après le *décal de carence*.

Afin de faciliter le traitement de *votre* demande de prestation, *nous* *vous* demandons de *nous* fournir la preuve d'*invalidité totale* au plus tard 90 jours après le début de l'*invalidité totale*, ainsi que toute autre preuve médicale jugée satisfaisante.

Article 4 – Montant des prestations d'assurance

Pour chaque mois complet d'*invalidité totale*, la prestation correspond au moins élevé des montants suivants :

1. la prestation mensuelle prévue à la section **F) Protections d'assurance** de *votre Demande d'assurance*;
2. le montant des versements mensuels devant être payés au *créancier* désigné à *votre Demande d'assurance* selon *votre contrat de financement*, à l'exclusion de tout montant forfaitaire et de tout paiement de la *valeur résiduelle*;
3. le montant maximal assurable prévu à la section **K) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à la protection d'assurance invalidité** de *votre Demande d'assurance*.

Dans tous les cas, la prestation inclut la prime d'assurance.

De plus, dans le cas d'une *récidive d'invalidité totale*, le délai de 12 mois prévu au paragraphe a) de la définition d'*invalidité totale* ci-dessus ne recommence pas, mais se poursuit en continuité de(s) [l']*invalidité(s) totale(s)* précédente(s), le cas échéant.

Les prestations sont versées mensuellement au *créancier* désigné à *votre Demande d'assurance* à chaque date de paiement de *votre contrat de financement*, et ce, pendant *votre invalidité totale* sans excéder la *durée des prestations*.

Les prestations qui couvrent une période de moins de 30 jours sont calculées à un taux quotidien correspondant à un trentième (1/30) de la prestation mensuelle.

Article 5 – Présomption d'invalidité

Si, à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident*, vous subissez :

- **deux** pertes parmi les suivantes :
 - perte de l'usage d'une main
 - perte de l'usage d'un pied
 - perte de la main et de l'articulation du poignet à la suite d'une amputation
 - perte du pied et de l'articulation de la cheville à la suite d'une amputation;
- OU**
- **une** perte parmi les suivantes :
 - perte de la vue des deux yeux (acuité visuelle de 20/200 ou moins, ou champ de vision de moins de 20 degrés)
 - perte de la parole d'une durée d'au moins 6 mois consécutifs
 - perte de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels;

vous serez considéré comme *totalelement invalide*, que vous occupiez ou non un emploi au moment de la perte et que vous receviez ou non des soins médicaux continus.

Par « perte », on entend la perte totale, définitive, irrémédiable et irréversible.

Article 6 – Restrictions

1. Lorsque vous êtes plus d'une personne assurée en vertu de la présente protection d'assurance, la prestation ne peut dépasser le moins élevé des montants prévus à l'**Article 4 – Montant des prestations d'assurance** de la présente partie.
2. Les prestations ne couvrent en aucun cas la *valeur résiduelle* du *bien de consommation*.
3. Les prestations ne couvrent en aucun cas le retard dans vos versements reliés au *contrat de financement* ni l'intérêt en découlant.

Article 7 – Exclusions

En plus des exclusions prévues à l'**Article 2 – Exclusions** de la **PARTIE 5 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES** du présent document, aucune prestation n'est versée si *l'invalidité totale* résulte directement ou indirectement :

1. d'une grossesse sans complication ou d'un accouchement sans complication; ou
2. d'une chirurgie esthétique ou non médicalement requise; ou
3. d'une tentative de suicide ou d'une *blessure* que vous vous infligez intentionnellement, quel que soit votre état d'esprit; ou
4. de votre consommation chronique ou excessive d'alcool ou de drogue, de votre usage de drogues illicites ou de substances illicites, ou du mauvais usage d'un médicament obtenu avec ou sans ordonnance, à moins que vous ne participiez de façon continue à un programme de réadaptation approuvé et contrôlé par un *médecin*.

Article 8 – Fin du versement des prestations

Le versement des prestations cesse à la première des dates suivantes :

1. la date à laquelle nous vous demandons une preuve de votre *invalidité totale* si, après 31 jours, nous n'avons pas reçu les documents demandés ou si les documents reçus ne répondent pas à nos exigences;
2. la date à laquelle nous vous avons demandé de vous faire examiner par un *médecin* que nous avons désigné, si vous ne vous présentez pas à l'examen;
3. la date à laquelle vous n'êtes plus considéré *totalelement invalide*;
4. la date à laquelle vous occupez une fonction ou effectuez un travail rémunéré;
5. la date à laquelle vous avez atteint la durée maximale de prestations, prévue au paragraphe « Délai de carence et Durée des prestations » de la section **F) Protections d'assurance** de votre *Demande d'assurance*. Si la durée maximale est déterminée selon un nombre de mois, elle s'applique de manière cumulative pour toutes vos *invalidités totales*, que les prestations aient été consécutives ou non, s'il y a lieu;
6. la date de fin de la protection prévue à la section **F) Protections d'assurance** de votre *Demande d'assurance*.

Partie 3 – Protection d’assurance en cas de mutilation par accident

Article 1 – Objet de l’assurance

Sous réserve des autres dispositions du certificat, *nous nous* engageons à verser la prestation d’assurance si, lorsque *vous* êtes couvert par la protection d’assurance vie, *vous* subissez un *accident* causant des pertes prévues à l’Article 3 -Conditions pour le versement de la prestation.

Article 2 – Montant de la prestation d’assurance

Si *vous* avez choisi de prendre la protection d’assurance vie, *vous* êtes automatiquement couvert par la présente protection d’assurance, sous réserve des autres dispositions du certificat.

En cas de mutilation par accident, la prestation est payable au *créancier* désigné à la *Demande d’assurance*, sur réception de preuves médicales que *nous* jugeons satisfaisantes.

Le montant de la prestation équivaut au moins élevé des montants suivants :

1. **dans le cas d’un contrat de prêt**, le solde dû en vertu de ce contrat, à la date à laquelle *vous* avez subi les pertes, tel que précisé dans un avis émis par le *créancier*;
2. **dans le cas d’un contrat de location**, la valeur actualisée des versements qui *vous* restent à acquitter à la date à laquelle *vous* avez subi la perte, et si *vous* avez pris cette option, la *valeur résiduelle* de la protection d’assurance vie, telle qu’indiquée dans *votre Demande d’assurance*, le cas échéant;
3. la prestation initiale de la protection d’assurance vie prévue à la section **F) Protections d’assurance** de *votre Demande d’assurance*;
4. le montant maximal assurable prévu à la section **J) Critères d’admissibilité supplémentaires applicables à la protection d’assurance vie** de *votre Demande d’assurance*.

Article 3 – Conditions pour le versement de la prestation

Pour être admissible à la prestation en vertu de la protection d’assurance, *vous* devez remplir les conditions suivantes :

1. à la suite d’une *blessure*, *vous* subissez :
 - **deux** pertes parmi les suivantes :
 - perte de l’usage d’une main
 - perte de l’usage d’un pied
 - perte de la main et de l’articulation du poignet à la suite d’une amputation
 - perte du pied et de l’articulation de la cheville à la suite d’une amputation;
 - OU**
 - **une** perte parmi les suivantes :
 - perte de la vue des deux yeux (acuité visuelle de 20/200 ou moins, ou champ de vision de moins de 20 degrés)
 - perte de la parole d’une durée d’au moins 6 mois consécutifs
 - perte de l’ouïe des deux oreilles, avec un seuil d’audition de plus de 90 décibels.
2. ces pertes sont survenues dans les 365 jours suivant la date où *vous* avez subi *l’accident* et pendant que *votre* protection d’assurance vie était en vigueur; et
3. ces pertes n’ont pas entraîné *votre* décès.

Par « perte », on entend la perte totale, définitive, irrémédiable et irréversible.

Article 4 – Restrictions

1. Lorsque *vous* êtes plus d’une personne assurée en vertu de la présente protection d’assurance, la prestation ne peut être versée qu’une seule fois, selon l’ordre de réception des formulaires de demande de prestation.
2. La prestation d’assurance ne couvre en aucun cas le retard dans *vos* versements reliés au *contrat de financement*, ni l’intérêt en découlant.

Article 5 – Exclusions

En plus des exclusions prévues à l'**Article 2 – Exclusions** de la **PARTIE 5 – DISPOSITONS GÉNÉRALES**, aucune prestation n'est versée si la mutilation par accident résulte directement ou indirectement :

1. d'une tentative de suicide ou d'une *blessure* que *vous vous* infligez intentionnellement, quel que soit *votre* état d'esprit; ou
2. de *votre* consommation chronique ou excessive d'alcool ou de drogue, de *votre* usage de drogues illicites ou de substances illicites, ou du mauvais usage d'un médicament obtenu avec ou sans ordonnance, à moins que *vous* ne participiez de façon continue à un programme de réadaptation approuvé et contrôlé par un *médecin*.

Partie 4 – Convention d’assurance temporaire pendant le processus de sélection de risque

Si *vous* devez remplir un questionnaire médical, conformément à la section **H) Questionnaire médical requis** de *votre Demande d’assurance*, nous vous couvrons temporairement pour la protection d’assurance vie (incluant l’assurance en cas de mutilation par accident), si *vous* adhérez à cette protection. Nous vous couvrons pendant la période au cours de laquelle nous analysons *votre* demande et selon les mêmes conditions prévues au présent certificat d’assurance et ce qui suit :

1. Le montant maximal de couverture pour la protection d’assurance vie (incluant l’assurance en cas de mutilation par accident) est de 100 000 \$.
2. L’assurance temporaire prend fin à la première des dates suivantes :
 - a. le 90^e jour suivant la date à laquelle *vous* signez la *Demande d’assurance*;
 - b. la date à laquelle nous approuvons ou refusons *votre Demande d’assurance*.

Exclusion : L’assurance temporaire ne s’applique pas si *vous* remplissez la *Demande d’assurance* après la date à laquelle *vous* avez signé le *contrat de financement*.

Partie 5 – Dispositions générales

(applicables à toutes les protections d'assurance)

Article 1 – Définitions

« Accident » signifie un évènement 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 une ou des *blessures*.

« Bien de consommation » signifie tout bien que *vous* avez acheté ou loué et pour lequel *vous* avez signé un *contrat de financement*.

« Blessure » signifie une lésion corporelle :

- qui est causée directement et uniquement par un *accident*; et
- qui entraîne *votre invalidité totale*; et
- qui est constatée par un *médecin*.

De plus, n'est pas considérée comme une *blessure*, toute lésion corporelle causée par :

- un geste intentionnel; ou
- une *maladie*; ou
- toute autre cause qu'un *accident*.

« Contrat de financement » signifie le contrat de prêt ou de location de *votre bien de consommation*.

« Créancier » signifie l'entreprise qui finance le contrat de prêt ou de location de *votre bien de consommation*.

« Date de prise d'effet de l'assurance » signifie la date à laquelle l'assurance débute, tel que prévu à la *Demande d'assurance*.

« Demande d'assurance » signifie la demande d'assurance que *vous* avez signée.

« Distributeur » signifie l'entreprise qui *vous* a vendu la présente assurance.

« État de santé préexistant » signifie tout problème de santé, notamment, mais sans s'y limiter, une *maladie*, une *maladie grave*, une *blessure*, ou toute autre affection, dont un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique, pour lequel, dans les 12 mois précédant la *date de prise d'effet de l'assurance* :

- *vous* avez reçu l'une des interventions prévues à la **Liste des interventions**;
ou
- *vous* avez présenté un symptôme qui ferait en sorte qu'une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement.

Liste des interventions :

- i. un diagnostic
- ii. un avis médical
- iii. un traitement
- iv. un service
- v. un médicament sur ordonnance
- vi. une consultation, y compris une consultation pour investigation.

« Maladie » signifie une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constaté par un *médecin* et nécessitant des traitements médicaux.

« Médecin » signifie une personne autre que *vous-même*, qu'un *membre de votre famille* ou que *votre associé*, légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada.

« Membre de votre famille » signifie *votre* conjoint, père, beau-père (père de *votre* conjoint), mère, belle-mère (mère de *votre* conjoint), tuteur légal, *vos* enfants et ceux de *votre* conjoint, frères et soeurs, demi-frères et demi-soeurs, petits-enfants, grands-parents, beaux-parents (conjointes de *vos* parents), gendres et brus, oncles et tantes, neveux et nièces.

« Valeur résiduelle » signifie la valeur préétablie du *bien de consommation* à la fin du contrat de location, tel que prévu à ce contrat.

Article 2 – Exclusions

Aucune prestation n'est versée si le décès, l'*invalidité totale* ou la mutilation par accident résulte directement ou indirectement :

1. d'un *état de santé préexistant* (Cependant, cette exclusion est sans effet si l'évènement faisant l'objet de la demande de prestation survient plus de 18 mois après la *date de prise d'effet de l'assurance.*);
2. de *votre* participation à un acte criminel ou une tentative de perpétration d'un acte criminel;
3. de voies de fait que *vous* avez commises;
4. d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, d'une insurrection, d'une rébellion ou de *votre* participation à une émeute ou à des mouvements populaires;
5. de *votre* déplacement à bord d'un aéronef ou de la descente d'un aéronef, autrement qu'à titre de passager sans fonction, si l'aéronef est utilisé uniquement pour le transport de passagers ou de passagers et de marchandises;
6. de *votre* conduite de véhicule à moteur, bateau, aéronef ou matériel ferroviaire si :
 - a) *votre* taux d'alcool dans le sang est de 80 milligrammes ou plus par 100 millilitres de sang;
 - b) *votre* concentration de drogue dans le sang est égale ou supérieure à 5 nanogrammes de THC par millilitre de sang;
 - c) *votre* concentration de drogue dans le sang est égale ou supérieure à 2,5 nanogrammes de THC par millilitre de sang, combiné à un taux d'alcool égal ou supérieur à 50 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
 - d) toute présence de substance illicite est détectée dans *votre* sang;
 - e) *vous* faites l'usage de médicaments dont la posologie précise que la conduite d'un véhicule à moteur est proscrite.

Article 3 – Fin de l'assurance

L'ensemble des protections d'assurance du présent certificat prennent fin, à la première des dates suivantes :

1. la date à laquelle le *contrat de financement* est modifié, refinancé ou déclaré échu par le *créancier* désigné dans *votre Demande d'assurance*;
2. la date à laquelle le *bien de consommation* est repris, vendu ou fait l'objet d'un jugement;
3. la date prévue à *votre contrat de financement* à laquelle tous les versements ont été acquittés, ce qui exclut tout retard de paiement et l'intérêt en découlant;
4. pour les protections d'assurance vie et mutilation par accident : la date à laquelle la prestation devient payable, conformément au présent certificat.

Les protections d'assurance vie, invalidité et mutilation par accident prennent fin, indépendamment l'une de l'autre, à la première des dates suivantes :

1. la date de fin de l'assurance, propre à chaque protection d'assurance, tel qu'indiquée à *votre Demande d'assurance*;
2. la date à laquelle *nous* recevons un avis de résiliation écrit de *votre* part;
Si *vous* êtes plus d'une personne assurée en vertu de la présente assurance, *vous* pouvez résilier :
 - a) *votre* partie de l'assurance seulement; ou
 - b) l'ensemble du contrat. Dans ce cas, la signature de toutes les personnes assurées est requise;
3. la date à laquelle *vous* atteignez l'âge de fin de l'assurance, telle que mentionnée ci-dessous :
 - a) Pour les **protections d'assurance vie et d'assurance mutilation par accident** : la date de *votre* 73^e anniversaire de naissance;
 - b) Pour la **protection d'assurance invalidité** : la date de *votre* 70^e anniversaire de naissance.

Si *vous* êtes plus d'une personne assurée par le présent certificat, seulement la portion de l'assurance de la personne ayant atteint l'âge mentionné ci-dessus prend fin.

4. la date à laquelle le terme maximal, propre à chaque protection d'assurance, est atteint, tel qu'indiqué dans *votre Demande d'assurance*;

La protection d'assurance invalidité prend fin à la date de *vos* retraite. Si *vous* êtes plus d'une personne assurée en vertu de la présente protection d'assurance, la protection continue de s'appliquer pour la personne qui n'est pas à la retraite.

Article 4 – Droit de résolution

Suivant la réception d'un exemplaire de la *Demande d'assurance*, *vous* disposez d'un délai de **20 jours** pour décider si *vous* désirez annuler, sans pénalité, la présente assurance.

Si tel est le cas, veuillez *nous* renvoyer le présent certificat à l'adresse suivante par poste recommandée, ou par tout autre moyen permettant de recevoir un accusé de réception : Reinsurance Management Associates, Inc. – 170, avenue University, Bureau 500, Toronto (Ontario) M5H 3B3.

Dans ce cas, *nous* annulerons *vos* assurance rétroactivement à la *date de prise d'effet de l'assurance* et rembourserons la prime payée.

Article 5 – Remboursement de la prime

Si *vos* protection d'assurance est annulée ou résiliée en cours de terme, *nous* rembourserons *vos* prime, selon ce qui suit :

1. L'entièreté de *vos* prime est remboursée si :

a) *vos* *Demande d'assurance* est rejetée; ou

b) *vous* n'êtes pas admissible à la *date de prise d'effet de l'assurance*; ou

c) *vos* assurance est annulée dans les 20 jours suivant la réception d'un exemplaire de la *Demande d'assurance*.

2. Dans tous les autres cas, *nous* calculons *vos* remboursement conformément à l'une des deux méthodes de calcul suivantes, à la condition de recevoir *vos* avis de résiliation :

Méthode 1 : Le remboursement est calculé selon la **Règle 78**, réduit des montants suivants :

- toute prestation versée en vertu du présent certificat d'assurance; et
- un frais de résiliation de 125 \$. Ce frais est appliqué une seule fois par certificat.

La **Règle 78** est une formule mathématique standard de l'industrie qui sert à calculer la portion non utilisée de la prime. Elle est définie comme suit :

$$(\text{Prime} - \text{Frais de police}) \times ((A - B) \times (A - B + 1)) / (A \times (A + 1))$$

où :

A = durée de l'assurance (en mois)

B = nombre de mois durant lesquels l'assurance a été en vigueur

Frais de police = 100 \$

OU

Méthode 2 : Le remboursement est effectué au prorata du nombre de mois durant lesquels l'assurance a été en vigueur. Le remboursement de prime ainsi établi ne sera réduit d'aucune prestation versée ni d'aucuns frais de résiliation. De plus, le frais de police ne sera pas déduit de la prime lors du calcul du remboursement de prime.

La méthode 2 s'applique pour les *créanciers* suivants : Crédit Ford Canada, Services Financiers Automobiles Lincoln, Volkswagen Crédit Canada, Crédit Toyota Canada, Services Financiers Nissan Canada et Honda Canada Finance. Afin de connaître *vos* montant de remboursement, veuillez communiquer avec *nous* au 1 888 307-7443.

Si *vous* *nous* faites parvenir la preuve que tous les versements de *vos* *contrat de financement* ont été acquittés, le remboursement des primes *vous* est directement versé. Dans tout autre cas, le remboursement des primes est versé au *créancier* afin de rembourser une partie ou la totalité du montant de *vos* *contrat de financement*.

Restriction : Dans tous les cas, le montant du remboursement de la prime doit être d'au moins 5 \$ pour être remboursé.

Une annulation : met fin rétroactivement au contrat, comme s'il n'avait jamais existé.

Une résiliation (fin d'assurance) : met fin au contrat à une date donnée (ultérieure à la prise d'effet du contrat). Le contrat n'est plus effectif pour le futur, mais n'affecte pas le passé.

Article 6 – Demande de prestation

Aux fins du présent article, les mots « vous », « votre » ou « vos » peuvent aussi désigner *vo*tre succession en cas de décès.

Vous devez obtenir le formulaire de demande de prestation en appelant sans frais au 1 888 307-7443.

En plus du formulaire de demande de prestation, tout document pertinent servant à appuyer la demande de prestation sera demandé.

Afin de faciliter le traitement de la demande de prestation, *nous vous* demandons de *nous* fournir ces documents dans les délais suivants :

1. pour la protection d'assurance vie et la protection d'assurance mutilation par accident, **au plus tard un an** après la date du décès ou de la perte;
2. pour la protection d'assurance invalidité, **au plus tard 90 jours** après le début de *l'invalidité totale*.

Si des preuves sont requises pour le traitement de la demande de prestation et qu'elles ne *nous* sont pas transmises, *nous* pourrions refuser *vo*tre demande.

Nous examinerons la demande de prestation dès sa réception et enverrons une lettre de réponse dans les 30 jours suivant sa réception, à la condition d'avoir reçu tous les documents nécessaires.

Si *nous* déterminons que des prestations sont payables en fonction de l'information recueillie, *nous* émettons un chèque payable au *créancier* dans les 30 jours suivant la réception de la demande de prestation et *nous vous* enverrons une confirmation du paiement de la prestation.

Si la demande de prestation est refusée, *vous* (ou *vo*tre *créancier*) pouvez demander que *vo*tre dossier soit révisé. Pour ce faire, *vous* devez :

1. *nous* expliquer les motifs de la demande de révision; et
2. joindre tout document supplémentaire qui pourrait être nécessaire à *vo*tre demande de révision.

Si *vous* n'êtes pas satisfait de la décision qui a été rendue suite à la révision, *vous* avez aussi le droit de déposer une plainte officielle auprès de *notre* service de traitement des plaintes. Pour savoir comment faire, veuillez communiquer au 1 888 307-7443.

Vous trouverez le résumé de *notre* politique sur le traitement des plaintes à l'adresse suivante : <https://securiancanada.ca/fr/politique-en-matiere-de-plaintes>.

Vous pouvez également communiquer avec l'Autorité des marchés financiers.

Article 7 – Fausses déclarations sur des faits importants, *vo*tre état de santé ou vos renseignements médicaux

Les renseignements que *vous nous* fournissez doivent en tout temps être exacts et complets.

Le présent certificat est établi sur la base des renseignements fournis dans *vo*tre *Demande d'assurance* ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses du questionnaire médical, s'il y a lieu). Lorsque *vous* remplissez la *Demande d'assurance* et répondez aux questions médicales, *vos* réponses doivent être complètes et exactes. En cas de demande de prestation, *nous* vérifierons ces renseignements. Si une de *vos* réponses est incomplète ou inexacte :

1. *vo*tre protection pourrait être annulée;
2. *vo*tre demande de prestation pourrait être refusée.

Article 8 – Avis de constitution de dossier et d’utilisation des renseignements personnels

Avis de constitution de dossier

Le respect de *votre* vie privée est une priorité pour la Compagnie d’assurance-vie Première compagnie du Canada. *Nous* collectons les renseignements à partir des demandes d’assurance et d’autres informations que *vous nous* fournissez ou que *vous* fournissez à *nos* partenaires de distribution, en rapport avec les produits d’assurance et/ou financiers que *nous* offrons.

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

Nous collectons, utilisons et divulguons *vos* renseignements personnels aux fins de : confirmation de *votre* identité, tarification, y compris pour déterminer *votre* admissibilité ou *vos* besoins en matière d’assurance et/ou de produits financiers que *vous* demandez; administration et traitement; demandes de règlement; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses déclarations; et répondre aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. *Nous*, et *nos* filiales, pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de *vous* offrir, ou de permettre à certaines organisations de *vous* offrir, d’autres produits et services.

Vous pouvez retirer *votre* consentement à cette fin en tout temps par téléphone au : 1 888 968-4155 ou par courrier : Bureau de la protection des renseignements personnels, 25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400, Toronto (Ontario) M2N 6S6. *Nous* donnerons accès à *vos* renseignements personnels uniquement à ceux de *nos* employés et agents indépendants, filiales au sein de *notre* groupe d’entreprises, administrateurs, partenaires de distribution et autres fournisseurs tiers et sous-traitants, ainsi qu’à *nos* réassureurs, qui ont besoin de *vos* renseignements personnels pour effectuer leur travail. *Nous* donnerons également accès à toute autre personne que *vous* autorisez.

Tous *nos* fournisseurs de services avec lesquels *nous* avons une relation contractuelle sont tenus de protéger *vos* renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et à *nos* pratiques en matière de confidentialité. Parfois, sauf interdiction contraire, ces personnes peuvent se trouver, ou *vos* renseignements personnels peuvent être stockés, dans des serveurs situés dans d’autres provinces du Canada ou des pays à l’extérieur du Canada, de sorte que *vos* renseignements personnels peuvent être soumis aux lois de ces autres provinces ou pays. *Vous* pouvez demander les informations *vous* concernant dans *nos* fichiers et, le cas échéant, *nous* demander par écrit de les corriger.

Responsable de la protection des renseignements personnels

Bureau de la protection des renseignements personnels, 25 Avenue Sheppard Ouest, Bureau 1400, Toronto (Ontario) M2N 6S6.

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, veuillez visiter : <https://securiancanada.ca/fr/vie-privee/>.

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

En vertu de l'article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers ([chapitre D-9.2](#))

LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance, **sans pénalité**, dans les 10 jours suivant la date de la signature du contrat d'assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long.

Pour mettre fin au contrat, vous devez donner à l'assureur, à l'intérieur de ce délai, un avis par poste recommandée ou par tout autre moyen vous permettant de recevoir un accusé de réception.

Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.

Après l'expiration du délai applicable, vous avez la faculté d'annuler le contrat d'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers au 1 877 525-0337 ou veuillez visiter le www.lautorite.qc.ca.

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : Reinsurance Management Associates, Inc.
170, avenue University, Bureau 500, Toronto (Ontario) M5H 3B3.

Date : _____ (date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance n° : _____ (numéro du contrat s'il est indiqué)

conclu le : _____ (date de la signature du contrat)

à : _____ (lieu de la signature du contrat)

_____ (nom du client)

_____ (signature du client)