

K) Autres critères d'admissibilité	
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 :	Définition d'activement au travail: Vous occupez un emploi qui requiert que vous travailliez un minimum de : <ul style="list-style-type: none"> • 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.).
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.	

L) 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 la protection d'assurance maladie grave.	Client 1	Client 2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M) 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	Date de signature		

Demande d'assurance Plan STQ273

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) Protection 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.					
Protection d'assurance maladie grave	Client 1	Client 2	Prime d'assurance	Date de fin de la protection	Durée de la protection (en mois)
Prestation initiale	\$	\$	\$		mois
Valeur résiduelle	\$	\$			
			Taxes	\$	
			Total	\$	

G) Date de prise d'effet de l'assurance
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

H) Questionnaire médical requis
Toute personne souhaitant obtenir la présente assurance doit remplir un questionnaire médical dans les cas suivants :
1. Si le montant d'assurance initial est de plus de 50 000 \$.
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.

I) Critères d'admissibilité généraux
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															
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 :															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Âge</th> <th style="width: 30%;">Montant maximal assurable</th> <th style="width: 40%;">Terme maximal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16 ans et moins</td> <td style="text-align: center;"><i>La protection d'assurance maladie grave n'est pas offerte.</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entre 17 et 54 ans</td> <td style="text-align: center;">125 000 \$</td> <td style="text-align: center;">108 mois</td> </tr> <tr> <td>Entre 55 et 60 ans</td> <td style="text-align: center;">125 000 \$</td> <td style="text-align: center;">60 mois</td> </tr> <tr> <td>61 ans et plus</td> <td style="text-align: center;"><i>La protection d'assurance maladie grave n'est pas offerte.</i></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Âge	Montant maximal assurable	Terme maximal	16 ans et moins	<i>La protection d'assurance maladie grave n'est pas offerte.</i>		Entre 17 et 54 ans	125 000 \$	108 mois	Entre 55 et 60 ans	125 000 \$	60 mois	61 ans et plus	<i>La protection d'assurance maladie grave n'est pas offerte.</i>	
Âge	Montant maximal assurable	Terme maximal													
16 ans et moins	<i>La protection d'assurance maladie grave n'est pas offerte.</i>														
Entre 17 et 54 ans	125 000 \$	108 mois													
Entre 55 et 60 ans	125 000 \$	60 mois													
61 ans et plus	<i>La protection d'assurance maladie grave n'est pas offerte.</i>														
ii) Vous devez satisfaire aux exigences énoncées à la section K) Autres critères d'admissibilité de la présente demande d'assurance.															

Initiales Client 1 Initiales Client 2 Initiales Distributeur

K) Autres critères d'admissibilité	
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 :	Définition d'activement au travail: Vous occupez un emploi qui requiert que vous travailliez un minimum de : <ul style="list-style-type: none"> • 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.).
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.	

L) 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 la protection d'assurance maladie grave.	Client 1	Client 2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M) 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 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	Date de signature		

K) Autres critères d'admissibilité	
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 :	Définition d'activement au travail: Vous occupez un emploi qui requiert que vous travailliez un minimum de : <ul style="list-style-type: none"> • 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.).
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.	

L) 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 la protection d'assurance maladie grave.	Client 1	Client 2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M) 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 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 : <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. 	Liste des interventions : - un diagnostic - un avis médical - un traitement - un service - un médicament sur ordonnance - une consultation, y compris une consultation pour investigation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature - Client 1	Date de signature	Signature - Client 2	Date de signature
Signature de la personne autorisée par le distributeur	Date de signature		

Demande d'assurance Plan STQ273

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) Protection 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.					
Protection d'assurance maladie grave	Client 1	Client 2	Prime d'assurance	Date de fin de la protection	Durée de la protection (en mois)
Prestation initiale	\$	\$	\$		mois
Valeur résiduelle	\$	\$			
			Taxes	\$	
			Total	\$	

G) Date de prise d'effet de l'assurance
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

H) Questionnaire médical requis
Toute personne souhaitant obtenir la présente assurance doit remplir un questionnaire médical dans les cas suivants :
1. Si le montant d'assurance initial est de plus de 50 000 \$.
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.

I) Critères d'admissibilité généraux
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		
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	<i>La protection d'assurance maladie grave n'est pas offerte.</i>	
Entre 17 et 54 ans	125 000 \$	108 mois
Entre 55 et 60 ans	125 000 \$	60 mois
61 ans et plus	<i>La protection d'assurance maladie grave n'est pas offerte.</i>	
ii) Vous devez satisfaire aux exigences énoncées à la section K) Autres critères d'admissibilité de la présente demande d'assurance.		

Initiales Client 1 Initiales Client 2 Initiales Distributeur

K) Autres critères d'admissibilité	
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 :	Définition d'activement au travail: Vous occupez un emploi qui requiert que vous travailliez un minimum de : <ul style="list-style-type: none"> • 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.).
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.	

L) 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 la protection d'assurance maladie grave.	Client 1	Client 2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M) 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	Date de signature		

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective – Plan STQ273

Ce document est un contrat générique pour *notre* produit d'assurance crédit collective. Pour connaître le montant applicable à la protection d'assurance que *vous* avez achetée, 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 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES**, ainsi qu'à l'article **Définitions** de la **Partie 1**.

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

Nous vous assurons uniquement pour la protection d'assurance décrite 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 maladie grave 4

- Article 1 – Objet de l’assurance
- Article 2 – Définitions spécifiques à l’assurance maladie grave
- Article 3 – Liste des maladies graves couvertes
- Article 4 – Montant de la prestation d’assurance
- Article 5 – Restrictions
- Article 6 – Exclusions

Partie 2 – Convention d’assurance temporaire pendant le processus de sélection de risque 9

Partie 3– Dispositions générales 10

- 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 14

Conditions d'admissibilité

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

Partie 1 – Protection d’assurance maladie grave

Article 1 – Objet de l’assurance

Sous réserve des autres dispositions du certificat, *nous nous* engageons à verser la prestation d’assurance si *vous* souffrez d’une des *maladies graves* prévues à l’**Article 3 - Liste des *maladies graves* couvertes** lorsque *vous* êtes couvert par la présente protection d’assurance et que celle-ci est diagnostiquée pour la **première fois** de façon non équivoque et définitive.

Article 2 – Définitions spécifiques à l’assurance maladie grave

- « Maladie grave » signifie les états pathologiques énoncés à l’**Article 3 - Liste des *maladies graves* couvertes**.
- « Période de survie » signifie la période de 30 jours pendant laquelle *vous* devez survivre au diagnostic de la *maladie grave* avant qu’une prestation ne soit payable aux termes de la présente protection d’assurance maladie grave.
- « Spécialiste » signifie un *médecin* qui détient un permis d’exercice et une formation médicale spécialisée en rapport avec la *maladie grave* pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d’examen de spécialité.

Article 3 – Liste des *maladies graves* couvertes

Les conditions médicales pouvant être considérées comme des *maladies graves* aux fins de la présente protection d’assurance sont décrites et ont le sens prévu au présent article.

Pour être reconnue, la *maladie* doit être diagnostiquée par un *spécialiste*.

En cas de non-disponibilité d’un *spécialiste*, et sous réserve de *notre* approbation, une affection peut être diagnostiquée par un *médecin* dûment autorisé exerçant au Canada.

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants)

Un diagnostic formel d’un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d’un examen clinique persistant de façon continue pendant plus de 30 jours après la date d’établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d’imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

Aux fins de la présente protection d’assurance, les déficits neurologiques doivent être détectables par un *spécialiste* et peuvent inclure, sans s’y limiter, une perte de l’ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d’équilibre, un manque de coordination, ou l’apparition de convulsions qui sont en cours de traitement.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) » dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- troubles ischémiques du système vestibulaire;
- mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l’œil en cause; ou
- infarctus lacunaire qui n’est pas conforme à la définition d’accident vasculaire cérébral ci-dessus.

De plus, le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Brûlures graves

Un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer constituant un danger de mort

Un diagnostic formel de tumeur maligne. La tumeur doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Le diagnostic de cancer doit être confirmé par un rapport de pathologie.

Aux fins de la présente protection d'assurance :

- Le terme « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- Le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :
 - de TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - de TSGI de l'intestin grêle, de l'oesophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- Les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer constituant un danger de mort » dans les cas suivants :

- lésions décrites comme étant bénignes, non invasives, précancéreuses, à potentiel malin faible et/ou incertain, limites (« borderline »), un carcinome in situ, ou des tumeurs au stade Tis ou Ta;
- mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur;
- thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Période d'exclusion de 90 jours : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer constituant un danger de mort » si, dans les 90 jours suivant la *date de prise d'effet de l'assurance* vous avez reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non par la présente assurance).

Cécité

Un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde)

Un diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin et qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagné d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, y compris, mais sans s'y limiter, une coronarographie et/ou une angioplastie coronarienne.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) » dans les cas suivants :

- changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement;
- autres syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultants d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.

Greffe d'un organe vital

Une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse.

Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », vous devez subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Insuffisance rénale

Un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Maladie du motoneurone

Un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou *maladie* de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Paralysie

Un diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une *blessure* ou d'une *maladie* affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Pontage aortocoronarien

Une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » en cas :

- d'angioplastie;
- d'intervention chirurgicale intra-artérielle;
- d'intervention transcatéter percutanée; ou
- d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques

Un diagnostic formel, suivant la *date de prise d'effet de l'assurance*, d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Aux fins de la présente protection d'assurance, les déficits neurologiques doivent être détectables par un *spécialiste* et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- sclérose solitaire;
- syndrome clinique isolé;
- syndrome radiologique isolé;
- neuromyéélite optique; ou
- sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

De plus, le mal de tête et la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Surdité

Un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Article 4 – Montant de la prestation d'assurance

La prestation est payable au *créancier* désigné à *votre Demande d'assurance* après la *période de survie* et 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 du diagnostic de la *maladie grave*, 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 *votre maladie grave* a été diagnostiquée 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) Protection d'assurance** de *votre Demande d'assurance*;
4. le montant maximal assurable prévu à la section **J) Critères d'admissibilité supplémentaires** de *votre Demande d'assurance*.

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

Article 5 – 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 ne couvre en aucun cas le retard dans *vos* versements reliés au *contrat de financement*, ni l'intérêt en découlant.

Article 6 – Exclusions

En plus des exclusions prévues à l'**Article 2 – Exclusions** de la **PARTIE 3 – DISPOSITONS GÉNÉRALES** du présent document, aucune prestation n'est versée si la *maladie grave* résulte directement ou indirectement :

1. d'une tentative de suicide ou d'une *blessure* que *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*.

De plus, aucune prestation n'est versée pour une *maladie grave* pour laquelle *vous* avez déjà reçu un diagnostic avant la *date de prise d'effet de l'assurance*, et ce, même si *vous* êtes complètement rétabli ou en rémission au moment de la *date de prise d'effet de l'assurance*.

Partie 2 – 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 pendant la période au cours de laquelle *nous* analysons *votre* demande, selon les mêmes conditions prévues au présent certificat d'assurance, pour un montant maximal 50 000 \$ si *vous* êtes âgé entre 18 ans et 60 ans.

L'assurance temporaire prend fin à la première des dates suivantes :

1. le 90^e jour suivant la date à laquelle *vous* signez la *Demande d'assurance*;
2. 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 3– Dispositions générales

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 la *maladie grave* 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

La protection d'assurance du présent certificat prend 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. la date à laquelle la prestation devient payable, conformément au présent certificat;
5. la date de fin de l'assurance, tel qu'indiquée à *votre Demande d'assurance*;
6. 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;
7. la date de *votre* 66^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.
8. la date à laquelle le terme maximal est atteint, tel qu'indiqué dans *votre Demande d'assurance*.

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 ON M5H 3B3.

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

Article 5 – Remboursement de la prime

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

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

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

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

c) *votre* 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 *votre* remboursement conformément à l'une des deux méthodes de calcul suivantes, à la condition de recevoir *votre* 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 *votre* montant de remboursement, veuillez communiquer avec *nous* au 1 888 307-7443.

Si *vous* *nous* faites parvenir la preuve que tous les versements de *votre 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 *votre 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

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 **au plus tard un an** après la date à laquelle le diagnostic de la *maladie grave* a été posé.

Si des preuves sont requises pour le traitement de la demande de prestation et qu'elles ne *nous* sont pas transmises, *nous* pourrions refuser *votre* 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 *votre créancier*) pouvez demander que *votre* 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 *votre* 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, votre 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 *votre 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. *votre* protection pourrait être annulée;
2. *votre* 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)