

SOMMAIRE DU PRODUIT

Assurance créance vie et invalidité, formulaire F2019SF



Offert par :



Offert par l'entremise du distributeur suivant :

Insérer l'étiquette du distributeur ici :

*** L'étiquette doit inclure le nom, l'adresse, le courriel, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur du distributeur.

Questions? Inquiétudes? Communiquez avec la CAFC :

320 chemin Sioux, Sherwood Park, Alberta T8A 3X6

- **Sans frais :** 1-800-561-3242
- **Local :** 780-467-9575
- **Télécopieur :** 780-467-4016
- **Courriel :** insurance@firstcanadian.ca
- **N° de permis de l'AMF :** 12007

SOMMAIRE DU PRODUIT

Assurance créance vie et invalidité, formulaire F2019SF

Ce résumé ne constitue pas votre police d'assurance. Veuillez consulter la Demande et certificat d'assurance pour connaître les conditions, les exclusions et les restrictions complètes. Les définitions des termes en gras et en italique se trouvent dans la section « Définitions » de la Demande et certificat d'assurance.

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER? Cette couverture vous convient si :

Assurance Vie

- vous possédez un financement ou une location de véhicule,
- vous avez une **Bonne santé** générale,
- vous avez 18 ans ou plus, mais n'avez pas plus de 69 ans, et
- vous souhaitez veiller à ce que votre famille n'ait pas à se soucier d'une dette advenant votre décès.

Disability Insurance

- vous possédez un financement ou une location de véhicule,
- vous avez une **Bonne santé** générale,
- vous avez 18 ans ou plus, mais n'avez pas plus de 65 ans, et
- vous travaillez, mais craignez de ne pas pouvoir effectuer vos paiements si vous devenez malade ou blessé.

Veuillez consulter la section « Admissibilité des demandeurs » de la Demande et certificat d'assurance pour connaître toutes les exigences relatives à l'admissibilité.

ATTENTION : La CAFC s'appuie sur votre attestation affirmant que vous êtes en **Bonne santé** afin d'accepter votre demande d'assurance. Advenant toute déclaration frauduleuse concernant votre santé, la CAFC se réserve le droit d'annuler votre assurance et de conserver toutes les primes. Si vous êtes incertain d'être en **Bonne santé** au moment de l'achat, veuillez contacter la CAFC au 1 800-561-3242 pour parler à l'un de nos représentants.

QUELS SONT LES BÉNÉFICES?

Assurance vie

- Rembourse votre prêt ou votre location couvert, jusqu'à concurrence de 250 000 \$ advenant votre décès. Cette couverture est conçue pour laisser un actif plutôt qu'un passif à votre famille.
- Obtenez jusqu'à 120 mois de protection.
- Personnalisez votre plan :
 - ✓ Plans pour client seulement, plans pour cosignataire seulement et plans de protection conjointe offerts.
 - ✓ Assurance **Mutilation** offerte en option.

Assurance invalidité

- Couvre vos paiements mensuels, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par mois, si vous souffrez d'une **Invalidité totale** et ne pouvez pas travailler. Cette protection est conçue pour protéger votre crédit lorsque vous avez un revenu réduit.
- Obtenez jusqu'à 96 mois de protection.
- Personnalisez votre plan :
 - ✓ Plans pour client seulement, plans pour cosignataire seulement et plans de protection conjointe offerts.
 - ✓ Plusieurs options de **Périodes d'attente** disponibles.

COMBIEN CELA COÛTE-T-IL? Les primes sont fondées sur :

1. PAIEMENTS MENSUELS ASSURÉS
2. DURÉE DE LA PROTECTION SÉLECTIONNÉE
3. L'OPTION D'ASSURANCE SÉLECTIONNÉE

Votre âge, votre sexe, votre santé et votre emploi n'influencent pas votre prime d'assurance. La prime est fixe (elle ne fluctuera pas au fil du temps) et s'ajoute au montant principal de votre prêt ou de votre location de façon à ce que le paiement de vos primes soit compris dans le montant de votre paiement mensuel. La taxe de vente provinciale applicable sur les primes d'assurance sera ajoutée au prix de votre assurance.

Voici un résumé des exclusions et des restrictions qui s'appliquent à cette protection. Pour obtenir tous les détails, veuillez consulter la section « Exclusions et restrictions » de la Demande et certificat d'assurance.

Exclusions - La CAFC ne paiera pas votre demande de règlement si votre décès, votre **Mutilation** ou votre **Invalidité totale** résulte de l'une des situations suivantes :

- Une **Maladie, une affection ou un état physique préexistant** survenant dans les 24 premiers mois de la protection
- Chirurgie esthétique ou non urgente
- Guerre ou tout acte de guerre
- Acte terroriste
- Suicide ou blessure volontaire (auto-infligée)
- Conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies au-delà de la limite légale
- Participation à un acte criminel
- Maladie, affection ou décès résultant d'une consommation d'alcool ou de l'utilisation de drogues non prescrites
- VIH ou SIDA
- **Invalidité totale** en raison d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption de grossesse

Restrictions :

- Dans le cas où la protection conjointe est élue, si vous et votre cosignataire assuré décédez ou devenez totalement invalide simultanément, la CAFC ne paiera pas la prestation deux fois. Le paiement des prestations est restreint de façon à ce que la prestation soit payé comme si un seul assuré est décédé ou en arrêt de travail en raison d'une **Invalidité totale**.
- Lorsqu'une **Invalidité totale** dure plus de 12 mois consécutifs, les paiements de prestation seront uniquement versés si vous ne pouvez pas exécuter les fonctions d'un poste lié à votre éducation, à votre formation ou à votre expérience (pas uniquement le poste que vous occupiez avant d'être malade ou blessé).
- La CAFC ne versera pas plus de trois paiements pendant toute la durée de votre police pour des demandes de prestations d'invalidité résultant d'un état nerveux, mental, psychologique ou psychiatrique, à moins que vous ne soyez assujéti aux soins d'un **Spécialiste** ou d'un psychologue habilité.
- La CAFC ne versera pas plus de deux paiements pour des demandes de prestations d'invalidité résultant d'une maladie ou d'un trouble du cou ou du dos, à moins que vous ne soyez assujéti aux soins d'un **Spécialiste** habilité.

BON À SAVOIR :

Les montants de protection maximums dépendent de votre âge au moment de la souscription. Si votre obligation financière ou votre paiement mensuel est plus élevé que la Protection maximale, ou si la durée de votre contrat de financement est plus élevé que le maximum disponible pour la durée de l'assurance, vous ne serez pas admissible à cette protection d'assurance.

Type d'assurance	Âge de l'assuré à la date d'entrée en vigueur	Montant maximal assuré	D'une durée maximale de :
Vie et mutilation	18-59 ans	250 000 \$	120 mois
	60-69 ans	100 000 \$	120 mois
Invalidité	18-65 ans	3 000 \$ /mois	96 mois

- ✓ Si vous souscrivez à une autre assurance auprès de la CAFC, ces « montants assurés maximums » s'appliquent à la somme de tous les prêts et toutes les locations assurés par la CAFC.
- ✓ La protection prend fin au 73^e anniversaire de l'assuré le plus âgé.

PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Pour obtenir des formulaires de demande de règlement pour un décès ou une Invalidité totale :



Communiquez avec le service des demandes de règlement d'assurance vie et d'assurance invalidité de la CAFC au 1-800-561-3242



Envoyez un courriel au insclaims@firstcanadian.ca



Visitez le site Web de la CAFC au www.firstcanadian.ca



Communiquez avec le concessionnaire auprès duquel vous avez souscrit l'assurance

Vous (ou votre succession) devrez remplir une Déclaration du demandeur pour fournir les détails généraux de la demande de règlement et un Formulaire d'autorisation pour que nous puissions obtenir des renseignements supplémentaires en votre nom, au besoin. Dans le cas d'une demande de règlement pour invalidité, vous devrez également demander à votre médecin et à votre employeur de remplir un formulaire.

Vous disposez d'un an pour présenter une demande de règlement. En outre, si nous recevons les formulaires de demande de règlement d'assurance invalidité plus de 90 jours après le début de la période d'Invalidité totale, les prestations seront versées à partir d'au plus tôt 90 jours précédant la date de réception des formulaires.

Les décisions relatives aux prestations sont remises par écrit dans les 30 jours suivant la réception des renseignements requis pour la prise de décision. La CAFC transmet les prestations directement à votre prêteur en votre nom aussitôt que les celles-ci sont approuvées. Dans l'éventualité où une demande de règlement est refusée, la CAFC vous indiquera la raison du refus par écrit.

Si la demande initiale a été refusée, vous pouvez faire une demande d'appel de la décision de la CAFC en écrivant au gestionnaire des demandes de règlements et en lui fournissant des renseignements supplémentaires ou des documents soutenant votre position. Veuillez consulter la section Plaintes de notre site internet pour connaître notre protocole de traitement des plaintes.

RÉSILIATION DE L'ASSURANCE :

Période de résiliation de 30 jours sans pénalité.

Vous pouvez résilier votre protection d'assurance en tout temps pendant la durée de la police. Vous avez droit au remboursement complet de la prime si vous demandez la résiliation dans les 30 jours suivant votre souscription. Vous devez soumettre un formulaire de « Résiliation de la protection », accessible auprès de notre bureau ou du concessionnaire auprès duquel vous avez souscrit l'assurance. Vous pouvez également utiliser l'avis de résiliation d'un contrat d'assurance, lequel vous sera fourni avec votre Certificat d'assurance.

Le montant du remboursement sera calculé au prorata, déduction faite de toute demande de règlement payée. Voici la formule utilisée pour calculer le remboursement au prorata :

$$\text{Prime} \times ((A-B) / A)$$

où « A » est égal à la durée de l'assurance en nombre de mois, et « B » au nombre de mois expirés de la protection.

Exemple : Un client souscrit à une assurance invalidité de 84 mois pour 1 500 \$. La police est en vigueur depuis 24 mois lorsque le client décide qu'il n'en a plus besoin. Le client n'a présenté aucune demande de règlement en vertu de la police.

Pour calculer le remboursement de ce client, A = 84 et B = 24.

$$\begin{aligned} \text{Remboursement} &= 1\,500 \$ \times ((84 - 24) / 84) \\ &= 1\,500 \times (60 / 84) \\ &= 1\,071,43 \$ \end{aligned}$$

Pour plus de renseignements concernant la résiliation de votre assurance, veuillez communiquer avec le département des résiliations au 1 800-561-3242, envoyer un courriel à cancel@firstcanadian.ca ou consulter les sections « Fin de la protection » et « Remboursement des primes non acquises » de la Demande et certificat d'assurance.



320, CHEMIN SIOUX
SHERWOOD PARK (ALBERTA) T8A 3X6
SANS FRAIS : 1 800 561-3242
LOCAL : 780 467-9575
TÉLÉC : (1) 780 467-4016
COURRIEL : insurance@firstcanadian.ca

DEMANDE ET CERTIFICAT D'ASSURANCE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CLIENT		Nom	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance
Adresse		Ville		Province		
Code postal	Tél. à domicile	Tél. au travail	Courriel			
COSIGNAIRE		Nom	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance
Adresse		Ville		Province		
Code postal	Tél. à domicile	Tél. au travail	Courriel			

CONCESSIONNAIRE

N° DE CONCESSIONNAIRE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CONTRAT DE FINANCEMENT

INSTITUTION FINANCIÈRE		DATE DU CONTRAT DE FINANCEMENT	
MONTANT DU FINANCEMENT	TAP	RÈGLEMENT FINAL OU RÉSIDUEL	
MONTANT ET FRÉQUENCE DU PAIEMENT	TYPE DE CONTRAT DE FINANCEMENT (PRÊT OU LOCATION)	DURÉE ET PÉRIODE D'AMORTISSEMENT DU CONTRAT DE FINANCEMENT (EN MOIS)	
NIV		DÉTERMINATION QUANT AUX TIERS : Cochez la case ci-contre si vous concluez le contrat de financement ou souscrivez le certificat au nom d'une personne autre que le client ou le cosignataire. <input type="checkbox"/>	

OPTIONS D'ASSURANCE

ASSURANCE VIE ET MUTILATION PROTECTION MAXIMALE - ASSURÉS ÂGÉS DE 18 À 59 ANS - 250 000 \$ PROTECTION MAXIMALE - ASSURÉS ÂGÉS DE 60 À 69 ANS - 100 000 \$ LA DURÉE MAXIMALE EST DE 120 MOIS		ASSURANCE INVALIDITÉ PROTECTION MAXIMALE - ASSURÉS ÂGÉS DE 18 À 65 ANS - 3 000 \$ PAR MOIS LA DURÉE MAXIMALE EST DE 96 MOIS - DOIT AVOIR UN EMPLOI PERMANENT	
J'opte pour la protection suivante : <input type="checkbox"/> Client seulement <input type="checkbox"/> Cosignataire seulement <input type="checkbox"/> Protection conjointe <input type="checkbox"/> Mutilation OU, compte tenu des dispositions relatives aux garanties offertes, je renonce à l'assurance vie : Initiales du client _____ Initiales du cosignataire _____		J'opte pour la protection suivante : <input type="checkbox"/> Client seulement <input type="checkbox"/> Cosignataire seulement <input type="checkbox"/> Protection conjointe OU, compte tenu des dispositions relatives aux garanties offertes, je renonce à l'assurance invalidité : Initiales du client _____ Initiales du cosignataire _____	
ASSURANCE VIE À CAPITAL DÉGRESSIF COUVRIR LE MONTANT DU FINANCEMENT EXCLUANT LA VALEUR FINALE OU TOUTE PORTION DE LA VALEUR FINALE. DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS) PRIME DE L'ASSURANCE VIE \$	VALEUR FINALE DE L'ASSURANCE VIE VALEUR FINALE ASSURÉE \$ DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS) PRIME DE LA VALEUR FINALE DE L'ASSURANCE VIE \$	PÉRIODE D'ATTENTE (EN JOURS) <input type="checkbox"/> INDEMNISATION RÉTROACTIVE <input type="checkbox"/> DÉLAI DE CARENCE PAIEMENT MENSUEL ASSURÉ \$ L'ASSURANCE INVALIDITÉ NE COUVRE PAS LA VALEUR FINALE OU TOUTE PORTION DE LA VALEUR FINALE DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS) PRIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ \$	PRIME TOTALE \$

La durée de l'assurance DOIT être égale à la durée du contrat de financement.

QUESTIONS MÉDICALES

Chaque assuré doit répondre aux questions médicales ci-dessous si, au cours des 6 derniers mois, celui-ci a été soumis à un traitement ou pris toute forme de médication visant à traiter une maladie, une affection ou un état physique.

Au cours des cinq dernières années, avez-vous été aux prises avec l'une des conditions ci-dessous?

- | | | |
|--|--|--|
| | Client | Cosignataire |
| 1. Maladie ou trouble du cœur, du cerveau, des poumons, des reins, du foie ou du pancréas – y compris en ce qui a trait au diabète | 1. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 1. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 2. Affection ou trouble au dos, au cou, aux os ou aux articulations | 2. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 2. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 3. Cancer ou tumeur | 3. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 3. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 4. Infection inhabituelle ou anomalie du système immunitaire | 4. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 4. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 5. Trouble de santé mentale – y compris dépression ou anxiété – ou neurologique, comme la maladie de Parkinson ou une maladie des motoneurones | 5. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 5. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 6. Tout trouble de la circulation ou toute maladie cardiovasculaire | 6. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 6. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

J'atteste que les réponses aux présentes questions médicales sont, à ma connaissance, exactes. Il est en outre entendu que le présent certificat comporte une disposition selon laquelle tout état physique, maladie ou affection préexistant est exclu de la protection.

Initiales du client _____ Initiales du cosignataire _____

Signature requise à la page suivante.

Je confirme avoir reçu les quatre pages du présent certificat.

Initiales du client _____ Initiales du cosignataire _____

DÉCLARATIONS AU CLIENT

- A. Vous, en tant qu'assuré, êtes souscrit dans une police d'assurance créées collective, et le présent certificat est une preuve à cet effet. La couverture d'assurance au titre du présent certificat sera fournie par la CAFC.
- B. Le concessionnaire représente la CAFC afin de prendre les dispositions nécessaires pour l'assurance. Celui-ci touchera une commission de la CAFC se rapportant à cette transaction. La souscription de cette assurance n'est pas requise pour l'obtention du financement. En outre, vous n'êtes pas tenu de souscrire le présent certificat ou toute autre assurance ou produit auprès de la CAFC ou du concessionnaire.
- C. Vous deviendrez inadmissible à la protection du présent certificat, et celui-ci sera résilié si votre obligation financière totale ou paiement mensuel dû à l'institution financière excède la protection maximale, ou si la durée de votre contrat de financement excède la durée maximale indiquée dans le présent certificat.
- D. Toutes les prestations d'assurance sont soumises aux conditions générales, exclusions et restrictions prévues dans le texte du présent certificat.
- E. **AVIS DE CONFIDENTIALITÉ:** La CAFC recueille des renseignements personnels aux fins de la vérification de votre identité et de vos antécédents personnels, de l'évaluation du risque d'assurance, de la tarification des primes, de vous promouvoir les produits, de l'administration de l'assurance et l'investigation des demandes de règlement. Une copie complète du présent certificat sera fournie à votre institution financière. Tous les renseignements personnels reçus par la CAFC seront conservés au siège social de la CAFC, au 320, Chemin Sioux, Sherwood Park (Alberta) pour la période de temps requise par la loi et conformément à la politique de confidentialité de la CAFC, qui est accessible sur le site Web www.firstcanadian.ca/privacy.htm. Vous pouvez consulter vos renseignements personnels en fournissant une demande par écrit à l'attention du responsable de la confidentialité de la CAFC. Les appels téléphoniques à destination ou en provenance du siège social peuvent être enregistrés à des fins d'assurance qualité et de formation.



LA CORPORATION D'ASSURANCE
FIRST CANADIAN

Vice-Président Principal/Directeur financier

ACCEPTATION ET APPROBATION DU CLIENT

VOICI CE QUE LE CLIENT ET LE COSIGNATAIRE DOIVENT LIRE, COMPRENDRE ET DÉCLARER AVANT D'APPOSER LEUR SIGNATURE :

- A. Je dépose une demande d'assurance telle qu'elle figure à la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat. J'ai reçu un exemplaire de ce certificat comme preuve de cette assurance.
- B. Si je souscris l'assurance invalidité, je confirme que je suis un employé permanent, tel que défini à l'article 1 – *Définitions*.
- C. J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et complets et je comprends que tout renseignement inexact ou incomplet concernant la présente protection peut entraîner la résiliation de mon assurance.
- D. J'atteste que je suis en bonne santé – tel que défini à l'article 1 - *Définitions* et je reconnais que la CAFC s'appuiera sur cette attestation afin d'accepter ma demande d'assurance. Advenant toute déclaration frauduleuse concernant ma santé, la CAFC se réserve le droit d'annuler mon assurance et de conserver toutes les primes.
- E. Je déclare et garantis que l'adresse que j'ai fournie à la première page du présent certificat est exacte et que j'informerai la CAFC de tout changement d'adresse. Je reconnais et j'accepte que je recevrai tout avis ou autre correspondance transmise par la CAFC à l'adresse que j'ai fournie à la première page du présent certificat ou à toute autre adresse considérée comme étant mon adresse courante, dont j'aurai avisé la CAFC au préalable du changement.
- F. Advenant mon décès, j'autorise la CAFC à consulter mes archives médicales, y compris, mais sans s'y limiter, un état de prestations versées par un fournisseur de soins de santé provincial ou territorial.
- G. L'assurance commence à la date d'entrée en vigueur.
- H. Si je suis titulaire d'une autre assurance souscrite auprès de la CAFC, je comprends que la protection maximale s'applique à la somme de la couverture d'assurance prévue par la CAFC au titre de tous les certificats d'assurance couvrant l'assuré.
- I. Je comprends que la protection est facultative et que j'ai 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur pour l'annuler afin d'obtenir un remboursement intégral de la prime.

J'AI LU TOUTE L'INFORMATION DE LA PRÉSENTE. JE CONFIRME QUE LES MEMBRES DE LA DIRECTION DU CONCESSIONNAIRE ONT PASSÉ EN REVUE LES QUESTIONS MÉDICALES AVEC MOI ET ONT ENTièrement DIVULGUÉ LES CONDITIONS GÉNÉRALES DU PRÉSENT CERTIFICAT, Y COMPRIS LES EXCLUSIONS DE COUVERTURE POUR TOUTE MALADIE, AFFECTION OU ÉTAT PHYSIQUE PRÉEXISTANT POUVANT LIMITER OU INVALIDER MA DEMANDE. JE SUIS ACTUELLEMENT EN BONNE SANTÉ.

Veillez vérifier si les OPTIONS D'ASSURANCE de la première page sont exactes avant d'apposer votre signature.

X

Client

Date de la demande

Veillez vérifier si les OPTIONS D'ASSURANCE de la première page sont exactes avant d'apposer votre signature.

X

Cosignataire

Date de la demande

LE PRÉSENT DOCUMENT DOIT ÊTRE REMPLI AU COMPLET ET LISIBLEMENT

1. DÉFINITIONS

À moins d'une définition contraire dans le texte du présent certificat, les termes figurant en majuscules ont le sens indiqué à la première et à la deuxième page du présent certificat, sous réserve de la protection maximale et des limites de la durée maximale. Les mots et les termes utilisés dans le présent certificat se définissent comme suit :

« **Assuré** » désigne le client seulement, le cosignataire seulement ou le client et le cosignataire conjointement, comme il est indiqué à la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat, pourvu que cette personne ou ces personnes soient admissibles à la protection. Le singulier « assuré » comprend le pluriel « assurés » s'il y a plus d'un assuré. « Je », « moi », « mon », « vous » et « votre » désignent l'assuré.

« **Bonne santé** » désigne l'absence d'état physique ou mental ou de toute raison de consulter un médecin pour un état physique ou mental susceptible d'avoir une incidence sur l'espérance de vie de l'assuré ou sa capacité future de travailler.

« **CAFC** » désigne La Corporation d'assurance First Canadian.

« **Certificat** » désigne la présente demande et certificat d'assurance, y compris les présentes conditions générales.

« **Contrat de financement** » désigne l'entente de prêt ou de location conclue entre l'institution financière et l'assuré, comme il est indiqué à la première page du présent certificat.

« **Date d'entrée en vigueur** » désigne la plus récente des dates suivantes : (i) la date du contrat de financement indiquée à la section *Renseignements relatifs au contrat de financement* de la première page du présent certificat; (ii) la date à laquelle les fonds sont avancés par l'institution financière au titre du contrat de financement; ou (iii) la date de la demande indiquée à la section *Acceptation et approbation du client* de la deuxième page du présent certificat.

« **Durée maximale** » désigne la durée maximale de l'une des protections suivantes :

- (a) À l'égard de l'assurance vie et mutilation, 120 mois à compter de la date d'entrée en vigueur; ou
- (b) À l'égard de l'assurance invalidité, 96 mois à compter de la date d'entrée en vigueur.

« **Employé permanent** » désigne une personne physique travaillant activement dans une profession lui procurant un revenu imposable (dans la mesure où ce revenu doit être déclaré à l'Agence du revenu du Canada) et répond aux exigences suivantes :

- (a) dans tous les cas autres qu'un travail saisonnier, l'assuré doit travailler au moins 25 heures par semaine au cours de chacune des périodes suivantes :
- (i) les 30 jours précédant la date d'entrée en vigueur et les 30 jours précédant le début de l'invalidité totale; et

- (ii) toute période de 20 semaines dans l'année précédant la date d'entrée en vigueur et dans l'année précédant le début de l'invalidité totale;

- (b) dans le cadre d'un travail saisonnier, l'assuré doit travailler au moins 25 heures par semaine pendant au moins 13 semaines consécutives dans l'année précédant la date d'entrée en vigueur et dans l'année précédant le début de l'invalidité totale.

« **Invalidité totale** » désigne une maladie, une affection ou un état physique médicalement reconnu empêchant l'assuré d'exécuter les fonctions de son poste contre rémunération ou bénéfice, et qui est assujéti aux soins réguliers et périodiques d'un médecin indépendant. Tout manque de travail dans le secteur dans lequel l'assuré a la formation, l'éducation ou l'expérience n'est pas considéré comme une invalidité totale ni ne lui donne-t-il droit aux prestations d'invalidité.

« **Maladie, affection ou état physique préexistant** » désigne une maladie, une affection ou un état physique pour lequel un conseil, un traitement ou un service médical, un médicament d'ordonnance, un diagnostic ou une consultation, y compris un examen ou une vérification pour laquelle un diagnostic n'a pas encore été émis, a été obtenu, recommandé ou dont l'assuré s'attendait à obtenir dans les six mois précédant la date d'entrée en vigueur. Une maladie, une affection ou un état physique est considéré comme une maladie, une affection ou un état physique préexistant indépendamment du fait qu'il ait été ou non divulgué par l'assuré dans une demande d'assurance ou lors d'une déclaration verbale à autrui.

« **Mutilation** » désigne le sectionnement d'un bras ou d'une jambe au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, ou la perte complète et irrémédiable de la vue d'un œil.

« **Période d'attente** » désigne le nombre de jours consécutifs qui suivent la date où l'invalidité totale a commencé et après lequel les prestations d'invalidité deviennent payables, comme il est décrit à la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat.

« **Personne physique** » désigne toute personne humaine, et exclut toute personne morale, association ou société en nom collectif.

« **Prestation d'assurance vie** » désigne, à la date du décès ou de la mutilation, le moins élevé des montants ci-dessous, sous réserve de la réduction prévue par cette définition :

- (a) (i) si le contrat de financement est un prêt, le solde net impayé, ou (ii) si le contrat de financement est un contrat de location, la valeur actualisée des paiements qui restent à payer pendant la durée de l'assurance, plus la valeur actualisée de toute valeur finale payagée;

- (b) le montant du financement amorti, compte tenu du calendrier standard de l'amortissement sur la période d'amortissement du contrat de financement.

La prestation d'assurance vie est réduite par la valeur actualisée à la date du décès ou de la mutilation du montant, le cas échéant, par lequel la valeur finale est supérieure à la valeur finale assurée lors de la date d'entrée en vigueur. Si le montant du financement est supérieur à la protection maximale, la prestation d'assurance vie sera calculée comme si le montant du financement était égal à la protection maximale.

Il est entendu que la prestation d'assurance vie ne comprend pas la valeur finale qui excède la somme de la valeur finale assurée, les intérêts courus, les montants en souffrance, les défauts de paiement, les paiements sautés ou les frais de retard. Les calendriers d'amortissement et les valeurs actuelles seront calculés en utilisant le TAP.

« **Prestation d'invalidité** » désigne, au cours d'une période d'invalidité totale, le moins élevé des montants suivants :

- le paiement mensuel assuré comme il est indiqué à la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat;
- le montant mensuel requis pour amortir le montant du financement, compte tenu du calendrier standard de l'amortissement sur la période d'amortissement du contrat de financement; ou
- la couverture maximale.

Il est entendu que la prestation d'invalidité ne comprend pas les intérêts courus, les montants en souffrance, les défauts de paiement, les paiements sautés, les frais de retard, la valeur finale ou toute partie de la valeur finale. Les calendriers d'amortissement et les valeurs actuelles seront calculés en utilisant le TAP.

« **Prime** » désigne la prime totale indiquée à la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat, calculée à l'aide du tableau approprié fourni par la CAFC.

« **Protection maximale** » désigne les montants suivants :

- À l'égard du montant combiné de l'assurance vie et mutilation fourni par la CAFC au titre de tous les certificats d'assurance couvrant l'assuré :
 - 250 000 \$ si l'assuré est âgé de 18 à 59 ans à la date d'entrée en vigueur; ou
 - 100 000 \$ si l'assuré est âgé de 60 à 69 ans à la date d'entrée en vigueur.
- À l'égard du montant combiné de l'assurance invalidité fourni par la CAFC au titre de tous les certificats d'assurance couvrant l'assuré, 3 000 \$ par mois.

« **Spécialiste** » désigne un médecin en titre inscrit en qualité de médecin spécialiste ou de chirurgien spécialisé, autorisé à pratiquer au Canada, pratiquant au Canada, n'étant pas l'assuré ou n'ayant aucun lien avec l'assuré.

« **TAP** » désigne le taux annuel en pourcentage et se définit par le coût d'emprunt décrit dans le contrat de financement, comme il est indiqué à la première page du présent certificat.

« **Travail saisonnier** » désigne l'emploi dans une industrie dont la pratique consiste notamment à mettre à pied ou congédier des employés et les rappeler au travail pendant des périodes précises, déterminées et prévisibles chaque année civile en raison de changements climatiques saisonniers ou en raison d'autres facteurs naturels qui limitent la disponibilité du travail. Il est entendu qu'un travail saisonnier ne comprend pas les arrêts de travail causés par des facteurs imprévus, comme les pénuries de travail, les fermetures d'usines ou les conflits de travail.

« **Valeur finale** » désigne le solde net impayé au titre du contrat de financement à la fin de l'assurance, y compris tout règlement final ou résiduel.

« **Valeur finale assurée** » désigne la portion assurée de la valeur finale, comme il est indiqué à la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat.

Si aucune valeur finale assurée n'est indiquée à la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat, la somme de la valeur finale assurée est de zéro.

Les sections et les titres utilisés dans le présent certificat ne sont utilisés qu'à titre d'information et n'ont aucune incidence sur la langue, la portée ou l'intention du présent certificat.

2. PRIMES

La couverture d'assurance prévue par le présent certificat ne prend pas effet à moins que la prime soit indiquée à la section *Options d'assurances* de la première page du présent certificat et qu'elle ait été réglée auprès de la CAFC. Si la prime est comprise dans le contrat de financement, elle est réputée avoir été payée à la CAFC à la date d'entrée en vigueur.

3. ADMISSIBILITÉ DES DEMANDEURS

L'assuré sera admissible à la couverture d'assurance seulement si, à la date d'entrée en vigueur, il est une personne physique en bonne santé, il s'est engagé dans un contrat de financement et il a rempli la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat.

Dans le cas de l'assurance vie, l'assuré doit être âgé de 18 à 69 ans à la date d'entrée en vigueur.

Dans le cas de l'assurance invalidité, l'assuré doit être âgé de 18 à 65 ans à la date d'entrée en vigueur, et être un employé permanent à cette date.

Si une prime est déposée par une personne inadmissible, la responsabilité de la CAFC sera limitée à la restitution de la prime.

4. ASSURANCE VIE ET MUTILATION

Si l'assurance vie est sélectionnée, la CAFC verse la prestation d'assurance vie payable à la date du décès de l'assuré. Si l'assurance mutilation est sélectionnée, la CAFC verse la prestation vie payable à la date de la mutilation de l'assuré.

La prestation d'assurance vie est limitée à la protection maximale. Si l'assuré est couvert par la CAFC au titre de plus d'un certificat d'assurance, la prestation d'assurance vie est réduite de manière à ce que le montant global à payer par la CAFC au décès ou à la mutilation de l'assuré en vertu de tous les certificats d'assurance n'excède pas la protection maximale.

Si les décès ou les mutilations du client et du cosignataire couverts conjointement par le présent certificat se produisent simultanément, la CAFC paiera seulement un montant équivalent à la prestation d'assurance vie.

La prestation d'assurance vie pourrait ne pas couvrir le montant du financement. Par exemple, lorsque le contrat de financement est un contrat de location et que la valeur finale est supérieure à la valeur finale assurée, la prestation d'assurance vie pourrait ne pas couvrir entièrement les obligations de l'assuré au titre du contrat de financement.

5. ASSURANCE INVALIDITÉ

Si l'assurance invalidité est sélectionnée, la CAFC verse la prestation d'invalidité pour la période durant laquelle l'assuré est atteint d'une invalidité totale continue qui excède la période d'attente. Pour être admissible aux prestations d'invalidité, l'assuré doit être un employé permanent à l'apparition de toute invalidité totale.

Si l'indemnisation rétroactive a été sélectionnée, le paiement sera calculé à partir du premier jour de l'invalidité totale. Si le délai de carence a été élu, le paiement sera calculé à partir du jour qui suit la période d'attente. Après la période d'attente, des périodes successives d'invalidité totale causée par la même maladie ou blessure à moins d'un mois d'un emploi continu sont considérées comme une continuation de la même période d'invalidité totale et ne sont pas soumises à une nouvelle période d'attente.

Si l'assuré est couvert par la CAFC au titre de plus d'un certificat d'assurance, les prestations d'invalidité seront réduites de manière à ce que le montant global à payer par la CAFC pendant la période de l'invalidité totale en vertu de tous les certificats d'assurance n'excède pas la protection maximale.

Si le client et le cosignataire couverts conjointement par le présent certificat ont une invalidité totale en même temps, la CAFC paiera seulement un montant équivalent à la prestation d'invalidité.

Les prestations d'invalidité pourraient ne pas couvrir le montant du financement. L'assurance invalidité ne couvre pas la valeur finale ou toute partie de la valeur finale, et l'assuré reste seul responsable de ce montant.

Si un montant est payable pour une période inférieure à un mois, la prestation d'invalidité sera calculée au prorata.

6. EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Exclusions

La CAFC n'encourt aucune responsabilité (sauf pour le remboursement des primes non acquises) lorsque l'assuré n'est pas admissible à l'assurance ou lorsque l'un des facteurs ci-dessous entraîne le décès, la mutilation ou l'invalidité totale ou contribue à celui-ci ou à celle-ci de manière directe ou indirecte :

- maladie, affection ou état physique préexistant;
- chirurgie esthétique ou non urgente, y compris les complications résultant de la chirurgie, qu'elles surviennent avant ou après la date d'entrée en vigueur;
- guerre ou tout acte de guerre, déclaré ou non;
- acte terroriste;
- suicide ou blessure volontaire (auto-infligée), que l'assuré ait été sain d'esprit ou non;
- conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies par la drogue ou l'alcool au-delà de la limite légale;
- participation à un acte criminel, y compris toute conduite avec facultés affaiblies ou toute utilisation illégale de drogues;
- maladie, affection ou décès résultant d'une consommation d'alcool ou de l'utilisation de drogues (à l'exception de l'utilisation de médicaments légalement prescrits par un médecin habilité et utilisés selon la posologie et les directives du médecin habilité et du pharmacien titulaire de licence);
- virus de l'immunodéficience humaine (VIH ou SIDA) ou une affection connexe qui s'est manifestée ou qui a été diagnostiquée avant la date d'entrée en vigueur du présent certificat.

La CAFC n'encourt aucune responsabilité si l'invalidité totale est la conséquence, de manière directe ou indirecte, d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption de grossesse.

Restrictions

- Lorsqu'une invalidité totale excède 12 mois consécutifs, les prestations d'invalidité ne sont versées que si la maladie, l'affection ou l'état physique (i) empêche l'assuré d'exécuter les fonctions d'un poste contre rémunération ou bénéfique, lié à son éducation, sa formation ou son expérience, et (ii) qui est assujéti aux soins réguliers et périodiques d'un médecin indépendant.
- Si l'une ou plusieurs invalidités totales résultent, de manière directe ou indirecte, d'un état nerveux, mental, psychologique ou psychiatrique, y compris, mais sans s'y limiter, le stress, l'anxiété, la dépression et des troubles bipolaires, les prestations d'invalidité sont limitées à trois mois, sauf si l'assuré est assujéti aux soins d'un spécialiste ou d'un psychologue

agréé qui n'est pas l'assuré ou lié à l'assuré. Il est entendu qu'en aucun cas, plus de trois paiements mensuels pour les prestations invalidité ne seront effectués dans l'ensemble de la durée de l'assurance à l'égard d'une ou de plusieurs invalidités totales résultant de ce qui précède si l'assuré n'est pas assujéti aux soins d'un spécialiste ou d'un psychologue agréé qui n'est pas l'assuré ou lié à l'assuré.

- (l) Si l'une ou plusieurs invalidités totales résultent, de manière directe ou indirecte, d'une affection ou d'un trouble du cou ou du dos, y compris, mais sans s'y limiter, la colonne lombaire, thoracique ou cervicale, les prestations d'invalidité sont limitées à deux mois, sauf si l'assuré est assujéti aux soins d'un spécialiste habilité, comme un neurologue, un neurochirurgien, un physiatre, un chirurgien orthopédiste ou un rhumatologue. Il est entendu qu'en aucun cas, plus de deux paiements mensuels pour les prestations invalidité ne seront effectués au cours de l'ensemble de la durée de l'assurance à l'égard d'une ou de plusieurs invalidités totales résultant de ce qui précède si l'assuré n'est pas assujéti aux soins d'un des spécialistes autorisés susmentionnés.

7. FIN DE LA PROTECTION

La protection offerte dans le cadre du présent certificat prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- (a) la date à laquelle la CAFC envoie par la poste un avis écrit stipulant le refus de la demande d'assurance;
- (b) à l'égard d'un type de protection précis, à la fin de la durée de l'assurance, comme elle est indiquée à la section *Options d'assurance* de la première page du présent certificat;
- (c) à l'égard d'un type de protection précis, à la fin de la durée maximale;
- (d) à la fin de la durée du contrat de financement, comme elle est indiquée à la première page du présent certificat;
- (e) la date à laquelle le contrat de financement est complètement acquitté, réécrit ou révisé, à moins qu'il soit approuvé par la CAFC;
- (f) la date à laquelle tout bien donné en garantie dans le cadre du contrat de financement est vendu, repris ou assujéti à une décision judiciaire ou une procédure de faillite;
- (g) la date à laquelle la CAFC reçoit un avis écrit du client et du cosignataire, le cas échéant, visant à résilier la protection. Si un tel avis est reçu dans les 30 jours de la date d'entrée en vigueur, la protection est réputée ne pas avoir été en vigueur;
- (h) dans le cas de l'assurance invalidité seulement, la date à laquelle l'assuré prend sa retraite;
- (i) au moment du versement de la prestation d'assurance vie par la CAFC;
- (j) le jour du 73^e anniversaire de naissance de l'assuré le plus âgé.

L'assuré ne détient aucun droit, y compris le droit de transformation, dès la résiliation de la protection.

8. REMBOURSEMENT DE PRIMES NON ACQUISES

À la résiliation de la protection, l'assuré peut demander un remboursement de la prime non acquise en envoyant un avis écrit à la CAFC. Dans les 30 jours de la réception d'un tel avis, la CAFC paiera le remboursement approprié à l'institution financière, ou à l'assuré si le contrat de financement est entièrement résilié.

Le remboursement sera calculé en fonction de la date d'effet de la résiliation de la protection ou 90 jours précédant la date à laquelle l'assuré a demandé un remboursement, si cette date est postérieure. Le montant du remboursement sera calculé au prorata, déduction faite de toute demande de règlement payée. Voici la formule utilisée pour calculer le remboursement au prorata :

Prime x ((A-B) / A), où « A » est égal à la durée de l'assurance en nombre de mois, et « B » au nombre de mois expirés de la protection.

Si l'institution financière a financé le présent certificat, celle-ci peut mettre fin au certificat à la suite d'un défaut de paiement ou de la saisie du véhicule, de la radiation de la dette ou de la perte totale du véhicule. La CAFC calculera le remboursement comme indiqué à la section 8 du présent certificat, et aucune réduction pour demande de règlement payée ne sera déduite du montant dû. Le montant dû sera remboursé directement à l'institution financière.

L'assuré a droit à un remboursement intégral des primes si celui-ci est demandé dans les 30 jours de la date d'entrée en vigueur. La CAFC fournira un tableau de remboursement à l'assuré sur demande.

9. DEMANDES DE RÈGLEMENT

Toute demande de règlement doit être déposée auprès de la CAFC dans les 30 jours de l'événement donnant lieu à la demande. Des formulaires de demande de règlement sont disponibles auprès de la CAFC par téléphone au 1 800 561-3242, par courriel à insurance@firstcanadian.ca ou en écrivant à l'adresse indiquée à la première page du présent certificat. L'assuré doit assumer les coûts de l'obtention d'une preuve de réclamation.

Demandes de règlement relatives à l'assurance vie et mutilation

En cas de décès ou de mutilation, la preuve de réclamation doit être déposée dans l'année qui suit l'événement donnant lieu à la demande.

En vérifiant toute demande de règlement à l'égard du décès ou de la mutilation d'un assuré, la CAFC se réserve le droit d'exiger une preuve satisfaisante de la date de naissance, une preuve de décès ou de la mutilation et les circonstances ayant causé ou ayant contribué au décès ou à la mutilation, ainsi qu'une preuve de l'institution financière selon laquelle le contrat de financement n'avait pas été acquitté, réécrit ou révisé avant le décès ou la mutilation.

Demandes de règlement relatives à l'assurance invalidité

En cas d'invalidité totale, la preuve de réclamation doit être déposée le plus tôt possible. Si elle est déposée plus de 90 jours après l'événement donnant lieu à la demande, les prestations d'invalidité seront calculées à partir d'au plus tôt 90 jours précédant la date de réception de la preuve de réclamation. En aucun cas une preuve de réclamation ne sera considérée comme valide si elle a été déposée plus d'un an après l'événement donnant lieu à la demande.

En vérifiant toute demande de règlement à l'égard d'une invalidité totale, la CAFC se réserve le droit d'exiger une preuve satisfaisante de la date de naissance, une preuve de l'invalidité totale et des circonstances ayant causé l'invalidité totale ou ayant contribué à celle-ci, une déclaration détaillée du traitement prescrit, une preuve satisfaisante, de temps à autre, de la continuation de l'invalidité totale, une preuve de l'institution financière selon laquelle le contrat de financement n'a pas été acquitté, réécrit ou révisé avant ou au cours de la période de l'invalidité totale, ainsi que les déclarations de revenus et avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada – afin de vérifier que l'assuré a occupé un emploi permanent et avait une invalidité totale, et ce, à tout moment jugé opportun. À ses propres frais, la CAFC se réserve le droit de faire examiner l'assuré, de temps à autre, par un médecin choisi par la CAFC, en ce qui concerne l'invalidité totale. L'assuré doit assumer les coûts liés aux mises à jour médicales périodiques.

Dans tous les cas, l'indemnité sera versée à l'institution financière et libérera l'engagement de la CAFC en vertu du certificat dans le cadre d'une demande de règlement relative à l'assurance vie, à l'assurance mutilation ou de la période de l'invalidité totale. Les prestations d'invalidité seront versées mensuellement, à terme échu, à la réception des formulaires nécessaires.

Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si la poursuite est amorcée dans le délai prévu par la *Loi sur l'assurance*.

10. LITIGES

Les parties conviennent de tenter de régler tout différend, réclamation ou controverse découlant du présent certificat ou lié à celui-ci, ou toute réclamation en vertu du présent certificat par une médiation devant être menée par l'Ombudsman des assurances de personnes. Les parties conviennent en outre que leur participation respective, de bonne foi, à la médiation est une condition préalable à la poursuite de tout autre recours légal ou équitable disponible, y compris les litiges, l'arbitrage, ou d'autres procédures de règlement des disputes.

Pour toute question concernant les remboursements, les transferts de garanties ou les demandes de règlement, veuillez composer le 1 800 561-3242, envoyer un courriel à insurance@firstcanadian.ca ou écrire à l'adresse indiquée à la première page du présent certificat.

AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

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 visitez le www.lautorite.qc.ca.

AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : **Corporation d'assurance First Canadian**
320, rue Sioux, Sherwood Park (Alberta) T8A 3X6

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 par la présente, 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 en caractères d'imprimerie)

(Signature du client)

(Nom du cosignataire en caractères d'imprimerie)

(Signature du cosignataire)





320 chemin Sioux, Sherwood Park, Alberta T8A 3X6

- **Sans frais** : 1-800-561-3242 • **Local** : 780-467-9575 • **Télécopieur** : 780-467-4016
- **Courriel** : insurance@firstcanadian.ca • **N° de permis de l'AMF** : 12007

Plus de renseignements au sujet de nos obligations envers vous peuvent être trouvés sur le site web de l'autorité des marchés financiers : www.lautorite.qc.ca