

# SOMMAIRE DU PRODUIT

Assurance créance vie, contre les maladies graves et invalidité, formulaire F6202QF



Offert par :



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](mailto:insurance@firstcanadian.ca)
- **N° de permis de l'AMF** : 2000737570

*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.

# SOMMAIRE DU PRODUIT

## Assurance créance vie, contre les maladies graves et invalidité, formulaire F6202QF

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.

#### Assurance contre les maladies graves

- 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 aimeriez mieux affecter les fonds prévus pour le paiement de votre véhicule à des dépenses médicales ou à des activités personnelles ou familiales si vous souffriez d'une **Maladie grave**.

#### Assurance invalidité

- 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 de votre part concernant votre **Bonne santé**, la CAFC se réserve le droit d'annuler votre assurance et de conserver toutes les primes. Si vous n'êtes pas certain 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 contre les maladies graves

- Rembourse votre prêt ou votre location couvert, jusqu'à concurrence de 250 000 \$ si vous avez été diagnostiqués d'une **Maladie grave**.
- Les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers menaçant le pronostic vital, la paralysie et les importantes greffes d'organe constituent des **Maladies graves**.
- 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 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 **Périodes d'attentes** disponibles.
  - ✓ Assure 100 % ou une partie de votre paiement.
  - ✓ Choisissez entre une protection invalidité qui couvrira les paiements de votre prêt pour la durée complète de la protection ou une protection Période critique de 12 ou 24 mois qui fera un maximum de 12 ou 24 versements de prestation pendant la durée de la protection.

### 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**, votre **Maladie grave** 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
  - Toute écloson pandémique
  - Suicide survenant dans les 24 premiers mois de la protection (à l'exception d'un suicide médicalement assisté)
  - Blessure volontaire (auto-infligée)
  - Conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies au-delà de la limite légale
  - Participation à un acte criminel
  - Prise intentionnelle d'un gaz toxique ou d'une substance toxique
  - Maladie, affection ou décès résultant d'une consommation d'alcool ou de l'utilisation de drogues non prescrites
  - VIH ou SIDA
  - En voyage à bord ou à la descente de n'importe quel type d'avion (sauf en tant que passager sur un vol commercial)
  - Ne pas suivre un traitement médical raisonnable prescrits par un médecin
  - **Invalidité totale** en raison d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption de grossesse
- Aucune demande de règlement pour **Maladie grave** ne sera payée si :
- vous ne survivez pas les 30 jours suivant le diagnostic de la **Maladie grave**,
  - vous présentez les symptômes d'un cancer ou vous êtes diagnostiqué d'un cancer dans les 90 jours suivants immédiatement la date d'achat de cette assurance, ou
  - la même **Maladie grave**, ou une **Maladie grave** similaire, a été diagnostiquée avant l'achat de cette assurance.

#### Restrictions :

- Dans le cas où la protection conjointe est élue, si vous et votre cosignataire assuré décédez, êtes diagnostiqué d'une **Maladie grave** ou devenez **Totalement invalide** simultanément, la CAFC ne versera pas la prestation deux fois. Le paiement des prestations est restreint de façon à ce que la prestation soit payée comme si un seul assuré est décédé, a été diagnostiqué d'une **Maladie grave** 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 six paiements pendant toute la durée de votre police pour des demandes de prestations d'invalidité résultant d'un état nerveux, mental, psychologique ou psychiatrique.
- 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 assujetti aux soins d'un **Spécialiste**.
- Une seule **Prestation d'assurance vie** est exigible. Par exemple, si vous avez reçu une **Prestation d'assurance vie** suite à une **Maladie grave**, aucune prestation supplémentaire ne vous sera versée pour votre décès pendant la durée de l'assurance.
- La CAFC ne versera pas plus de douze paiements pendant toute la durée de votre police si vous souscrivez à une protection Période critique de 12 mois et ne versera pas plus de vingt-quatre paiements si vous souscrivez à une protection Période Critique de 24 mois.

## BON À SAVOIR :

Les montants de protection maximums dépendent de votre âge au moment de la souscription.

Type d'assurance	Âge de l'assuré à la date d'entrée en vigueur	Montant maximal assuré	D'une durée maximale de :
Vie, contre les maladies graves 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 tous les prêts et à toutes les locations assurés par la CAFC.
- ✓ La protection prend fin au 73e anniversaire de l'assuré le plus âgé.

**Sachez que les prestations pourraient ne pas entièrement couvrir vos obligations financières au titre de votre contrat de prêt ou de location si :**

- la durée du contrat de financement ou de location est supérieure à la durée de l'assurance,
- le montant total financé ou de la location est plus élevé que la protection maximale,
- vous avez choisi l'option de paiement partiel pour la protection invalidité, ou
- vous avez choisi la protection Période critique de 12 mois ou 24 mois.

## PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Pour obtenir des formulaires de demande de règlement pour un décès, une **Maladie grave** 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](mailto:insclaims@firstcanadian.ca)



Visitez le site Web de la CAFC au [www.firstcanadian.ca](http://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. Votre docteur devra lui aussi remplir un formulaire et, dans le cas d'une demande d'assurance invalidité, un formulaire devra également être rempli par votre employeur.

Vous disposez de trois ans pour présenter une demande de règlement pour l'assurance vie, et d'un an pour présenter tout autre type de 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 « 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 résolution d'un contrat d'assurance*, lequel se retrouve à l'endos de cette brochure.

Les remboursements sont calculés selon la formule suivante :

**(Prime x « Facteur de la règle de 78 » x 80 %) moins tout règlement payé, moins un frais d'administration de 50 \$ par type de protection.**

Le « **Facteur de la règle de 78** » est une formule mathématique faisant parti des normes de l'industrie qui va comme suit :

$$((A-B) \times (A-B+1)) / (A \times (A+1))$$

où « **A** » représente la durée (en mois) de l'assurance, et « **B** » représente les mois d'assurance utilisés.

**Exemple :** Un client a souscrit une assurance invalidité de 84 mois pour 1 500 \$. La police a été 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.

Facteur de la règle de 78 =  $((84-24) \times (84-24+1)) / (84 \times (84+1))$

$$= (60 \times 61) / (84 \times 85)$$

$$= 3\,660 / 7\,140$$

$$= 0,51 \text{ (ou 51 \%)}$$

$$\text{Remboursement} = (1\,500 \$ \times 0,51 \times 0,8) - 50 \$$$

$$= 612 - 50$$

$$= 562 \$$$

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

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

<b>CLIENT</b>	Nom	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance
Adresse		Ville		Province	
Code postal	Tél. à domicile	Tél. au travail	Courriel		
<b>COSIGNATAIRE</b>	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 DE PROTECTION**

ASSURANCE VIE ET MUTILATION	ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES	ASSURANCE INVALIDITÉ
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	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	PROTECTION MAXIMALE - ASSURÉS ÂGÉS DE 18 À 65 ANS - 3 000 \$ PAR MOIS LA DURÉE MAXIMALE EST DE 96 MOIS DOIT ÊTRE UN EMPLOYÉ PERMANENT PÉRIODE CRITIQUE - SI ÉLUE, UN MAXIMUM DE 12 OU 24 PRESTATIONS D'INVALIDITÉ SERONT EXIGIBLES.
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	J'opte pour la protection suivante : <input type="checkbox"/> Client seulement <input type="checkbox"/> Cosignataire seulement <input type="checkbox"/> Protection conjointe	J'opte pour la protection suivante : <input type="checkbox"/> Client seulement <input type="checkbox"/> Cosignataire seulement <input type="checkbox"/> Protection conjointe <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Période critique de 12 mois <input type="checkbox"/> Période critique de 24 mois
ASSURANCE VIE À CAPITAL DÉGRESSIF	ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES À CAPITAL DÉGRESSIF	PÉRIODE D'ATTENTE (EN JOURS)
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  \$	COUVRIR LE MONTANT DU FINANCEMENT EXCLUANT LA VALEUR FINALE OU TOUTE PORTION DE LA VALEUR FINALE.  DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)  PRIME D'ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES  \$	<input type="checkbox"/> INDEMNISATION RÉTROACTIVE <input type="checkbox"/> DÉLAI DE CARENCE  OPTION DE PAIEMENT PARTIEL _____ % (pourcentage du paiement assuré)  PAIEMENT MENSUEL ASSURÉ  \$
VALEUR FINALE DE L'ASSURANCE VIE	VALEUR FINALE DE L'ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES	L'ASSURANCE INVALIDITÉ NE COUVRE PAS LA VALEUR FINALE OU TOUTE PORTION DE LA VALEUR FINALE
VALEUR FINALE ASSURÉE  \$  DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)  PRIME DE LA VALEUR FINALE DE L'ASSURANCE VIE  \$	VALEUR FINALE ASSURÉE  \$  DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)  PRIME DE LA VALEUR FINALE DE L'ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES  \$	DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)  PRIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ  \$
*Une seule Prestation d'assurance vie est exigible au titre du présent Certificat.		PRIME TOTALE  \$

**SIGNATURE REQUISE À LA PAGE DEUX**

Je confirme (a) avoir reçu les cinq pages du présent Certificat et (b) je renonce à toute protection que je n'ai pas expressément choisie à la page un du présent Certificat après avoir pris en considération et saisi les avantages de toute protection à laquelle je renonce.

Initiales du Client \_\_\_\_\_ Initiales du Cosignataire \_\_\_\_\_



## DÉCLARATIONS AU CLIENT

- A. Quant à la protection fournie ci-dessous, si nous acceptons cette demande, vous serez inscrit à une police d'assurance collective et le présent Certificat est une preuve à cet effet. Toute protection au titre du présent Certificat sera fournie par la CAFC.
- B. Le Concessionnaire représente la CAFC afin de prendre les dispositions nécessaires pour cette protection. Celui-ci touchera une commission de la CAFC se rapportant à cette transaction. Vous n'êtes pas tenu de souscrire le présent Certificat ou toute autre assurance ou produit auprès de la CAFC ou du Concessionnaire.
- C. Toutes les prestations payables en vertu du présent Certificat sont soumises aux conditions générales, exclusions et restrictions prévues dans le texte du présent Certificat.
- D. **Le présent Certificat pourrait ne pas couvrir le Montant du financement. En aucune circonstance, l'obligation de la CAFC envers vous ne dépassera la Protection maximale, tel que défini à l'article 1 - Définitions, et la protection sera réduite pour s'assurer qu'un tel seuil n'est pas dépassé en toute circonstance.**
- 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 cette protection 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 aussi longtemps que nécessaire pour les fins pour lesquelles ils ont été recueillis, conformément à la politique de confidentialité de la CAFC, qui est accessible sur le site Web <https://home.firstcanadian.ca/fr/privacy-policy/>, ou autrement requis ou permis par la loi. 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 de la qualité et de formation.



Au Nom de  
LA CORPORATION D'ASSURANCE  
FIRST CANADIAN

*[Signature]*  
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 de protection telle qu'elle figure à la section *Options de protection*. J'ai reçu un exemplaire du présent Certificat comme preuve de cette protection.
- B. Si je souscris la protection d'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 ma protection.
- 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 de protection. Advenant toute déclaration frauduleuse de ma part concernant ma Bonne santé, la CAFC se réserve le droit d'annuler ma protection et de conserver toutes les Primes, tel que défini à l'article 1 - Définitions.
- E. Je déclare et garantis que l'adresse que j'ai fournie à la page un 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 page un 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 des prestations versées par un fournisseur de soins de santé provincial ou territorial.
- G. La protection commence à la Date d'entrée en vigueur, tel que défini à l'article 1 - Définitions.
- H. Si je suis titulaire d'autres protections souscrites auprès de la CAFC, je comprends que la Protection maximale s'applique à la somme des protections prévue par la CAFC au titre de tous les certificats d'assurance créance collective me couvrant.
- I. J'ai lu l'*Avis de confidentialité* à la page deux du présent Certificat et je consens à la collection, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels.
- J. 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. Je comprends que si je résilie la protection durant cette période de 30 jours, la protection sera reconnue comme n'ayant jamais entrée en vigueur.
- K. On m'a offert la possibilité d'acheter tous les types de protection offerts par le présent Certificat, tel qu'indiqué à la section *Options de protection*, et j'ai volontairement choisi la protection sélectionnée à la page un du présent Certificat.

**J'AI LU TOUTE L'INFORMATION CONTENUE DANS LE PRÉSENT CERTIFICAT. JE CONFIRME QUE LES MEMBRES DE LA DIRECTION DU CONCESSIONNAIRE ONT ENTIÈREMENT DIVULGUÉ LES CONDITIONS GÉNÉRALES DU PRÉSENT CERTIFICAT, Y COMPRIS LES EXCLUSIONS DE PROTECTION POUR TOUTE MALADIE, AFFECTION OU ÉTAT PHYSIQUE PRÉEXISTANT DANS LES 24 MOIS DE LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR POUVANT LIMITER OU INVALIDER MA DEMANDE. JE SUIS ACTUELLEMENT EN BONNE SANTÉ.**

Veillez vérifier si les OPTIONS DE PROTECTION à la page un sont exactes avant d'apposer votre signature.

X

Client

Date de la demande

Veillez vérifier si les OPTIONS DE PROTECTION à la page un sont exactes avant d'apposer votre signature.

X

Cosignataire

Date de la demande

## LE PRÉSENT CERTIFICAT DOIT ÊTRE REMPLI AU COMPLET ET LISIBLEMENT

### 1. DÉFINITIONS

À moins d'une définition contraire dans le présent Certificat, les termes commençant par une lettre majuscule ont le sens indiqué à la page un du présent Certificat ou sont définis tel qu'indiqué ci-dessous :

« **Assuré** » désigne le Client seulement, le Cosignataire seulement ou le Client et le Cosignataire conjointement, comme il est indiqué à la section *Options de protection*, pourvu que cette personne soit admissible 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. Par souci de clarté, les désignations de Client et de Cosignataire dans le présent Certificat sont distinctes de toute désignation comparable dans le Contrat de financement et peuvent ne pas correspondre à celle-ci.

« **Bonne santé** » désigne l'absence de maladie, d'affection, d'état physique ou mental (y compris, mais sans s'y limiter, un cancer, une maladie terminale ou une maladie au stade ultime) ou de toute raison de consulter un médecin pour une maladie, une affection, un état physique ou mental (y compris, mais sans s'y limiter, un cancer, une maladie terminale ou une maladie au stade ultime) susceptible d'avoir une incidence sur votre espérance de vie ou votre 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.

« **Code civil** » désigne le *Code civil du Québec*, tel qu'amendé.

« **Contrat de financement** » désigne l'entente de prêt ou de location entre l'Institution financière et le Client ou le Cosignataire, ou les deux, selon le cas, en vertu de laquelle le Véhicule et les produits connexes, y compris, mais sans s'y limiter, les garanties prolongées ou les assurances additionnelles, le cas échéant, ainsi que toutes les taxes et tous les frais liés à l'un de ces éléments, ont été financés pour le Montant du financement.

« **Date d'entrée en vigueur** » désigne la plus récente des dates suivantes : (a) la Date du contrat de financement, (b) la date à laquelle les fonds sont avancés par l'Institution financière au titre du Contrat de financement ou (c) la Date de la demande.

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

- (a) à l'égard de la protection d'assurance vie et Mutilation et de la protection d'assurance contre les maladies graves, 120 mois à compter de la Date d'entrée en vigueur; ou
- (b) à l'égard de la protection d'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, la personne doit travailler au moins 25 heures par semaine au cours de chacune des périodes suivantes et doit avoir versé des cotisations à l'assurance-emploi en lien avec le travail effectué au cours de ces périodes :
- (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; ou
- (b) dans le cadre d'un Travail saisonnier, la personne 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 et doit avoir versé des cotisations à l'assurance-emploi en lien avec le travail effectué au cours de ces périodes.

« **Invalidité totale** » désigne une maladie, une affection ou un état physique médicalement reconnu vous empêchant d'exécuter les fonctions de votre poste contre rémunération ou bénéfice, qui est assujéti aux soins réguliers et périodiques d'un médecin indépendant. Tout manque de travail, ou une réduction significative du travail, dans le secteur dans lequel vous avez la formation, l'éducation ou l'expérience, y compris, mais sans s'y limiter, du fait d'une automatisation accrue, n'est pas considéré comme une « **Invalidité totale** » et ne vous donne pas droit aux Prestations d'invalidité.

« **Maladie, affection ou état physique préexistant** » désigne une maladie, une affection ou un état physique pour lequel un avis médical, un traitement médical 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 ou recommandé, était attendu de votre part ou aurait été demandé par une personne prudente 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 vous dans une demande de protection ou lors d'une déclaration verbale à autrui.

« **Maladie grave** » désigne le diagnostic de l'une ou l'autre des conditions couvertes ci-dessous, qui survient initialement après la Date d'entrée en vigueur :

- (a) Cancer menaçant le pronostic vital : Nouveau diagnostic d'une tumeur maligne caractérisée par une croissance désordonnée, la propagation de cellules malignes et l'invasion de tissus, à l'exclusion de l'une ou l'autre des conditions suivantes :
  - (i) lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes bénins;
  - (ii) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, pénétrant le derme d'une profondeur supérieure à 0,7 mm;
  - (iii) leucémie lymphoïde chronique;
  - (iv) maladie de Kaposi;
  - (v) cancer in situ non invasif;
  - (vi) début de cancer de la prostate de stade A ou T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>;
  - (vii) maladie de Hodgkin de stade 1;
  - (viii) cancer du colon de stade A;
  - (ix) carcinome intracalaire du sein non infiltrant;
  - (x) carcinome à cellules transitionnelles de la vessie de stade 0 ou 1.
- (b) Crise cardiaque : Nécrose d'une portion du muscle cardiaque (myocarde) découlant du blocage d'au moins une artère coronaire dans la zone concernée. Le diagnostic doit être fondé sur de nouveaux changements électrocardiographiques (ECG) et une augmentation des enzymes cardiaques (du cœur).
- (c) Accident vasculaire cérébral (AVC) : Diagnostic d'un accident cardiovasculaire émanant d'un déficit neurologique permanent et mesurable, duquel un Spécialiste doit fournir une preuve à l'appui. L'accident doit avoir été causé par un infarctus du tissu cérébral, une hémorragie ou une embolie de source extracranienne. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont spécifiquement exclus.
- (d) Importante greffe d'organe : Le diagnostic d'une défaillance permanente d'au moins un de vos organes suivants : foie, reins, poumons, ensemble du cœur ou moelle osseuse – y compris toute greffe de moelle osseuse extraite pour traitement et réinjectée. Votre état de santé doit justifier une greffe sur le plan médical, et vous devez avoir été admis dans un programme de greffe reconnu (si la greffe n'a pas encore eu lieu). Par greffe, nous entendons le remplacement de l'un de vos organes ou de l'un de vos tissus dysfonctionnels par celui d'un donneur compatible dans le cadre de procédures médicales généralement reconnues.
- (e) Paralyse : La perte complète et permanente de l'usage d'au moins deux membres imputable à une paralysie sur une période continue d'au moins 90 jours. Aucune prestation n'est exigible si vous devenez paralysé à la suite d'une lésion auto-infligée.

« **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 irréversible 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, tel qu'indiquée à la section *Options de protection*.

« **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, de la Maladie grave ou de la Mutilation, le moins élevé des montants suivants, 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 impayée;
- (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** » sera réduite par la valeur actualisée à la date du décès, de la Maladie grave 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 toute 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 :

- (a) le Paiement mensuel assuré comme il est indiqué à la section *Options de protection*;

- (b) 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
- (c) la Protection 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 de protection*.

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

- (a) à l'égard du montant combiné de la protection d'assurance vie et Mutilation et de la protection d'assurance contre les maladies graves fourni par la CAFC au titre de tous les certificats d'assurance créance collective vous couvrant :
  - (i) 250 000 \$ si vous êtes âgé de 18 à 59 ans à la Date d'entrée en vigueur; ou
  - (ii) 100 000 \$ si vous êtes âgé de 60 à 69 ans à la Date d'entrée en vigueur; et
- (b) à l'égard du montant combiné de la protection d'assurance invalidité fourni par la CAFC au titre de tous les certificats d'assurance créance collective vous couvrant, 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 et pratiquant au Canada, n'étant pas vous ou n'ayant aucun lien avec vous.

« **TAP** » désigne le taux annuel en pourcentage et se définit par le coût d'emprunt décrit dans le Contrat de financement.

« **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 la Durée 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 de protection*. Si aucune Valeur finale assurée n'est indiquée à la section *Options de protection*, la Valeur finale assurée est de zéro.

« **Véhicule** » désigne le véhicule auquel le Contrat de financement s'applique.

Les sections et les titres utilisés dans le présent Certificat, incluant les soustitres mentionnés dans la définition de Maladie grave, 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. PRIME

La protection prévue par le présent Certificat ne prendra pas effet à moins que la Prime soit indiquée à la section *Options de protection* 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

Vous serez admissible à la protection seulement si, à la Date d'entrée en vigueur, vous êtes une Personne physique en Bonne santé, vous vous êtes engagé dans un Contrat de financement et vous avez rempli la section *Options de protection*. Il demeure entendu que l'Assuré peut inclure un garant du Contrat de financement, pour autant que ce garant est une Personne physique et qu'il est partie du Contrat de financement.

Dans le cas de la protection d'assurance vie et Mutilation et de la protection d'assurance contre les maladies graves, vous devez être âgé de 18 à 69 ans à la Date d'entrée en vigueur.

Dans le cas de la protection d'assurance invalidité, vous devez (a) être âgé de 18 à 65 ans à la Date d'entrée en vigueur, et (b) être un Employé permanent à cette date.

Si une portion de la Prime est déposée par une personne inadmissible, la responsabilité de la CAFC sera limitée à la restitution de cette portion de la Prime (sous réserve de l'article D de la section *Acceptation et approbation du client* à la page deux du présent Certificat).

## 4. PROTECTION D'ASSURANCE VIE ET MUTILATION

Si la protection d'assurance vie est sélectionnée, la CAFC versera la Prestation d'assurance vie payable à la date de votre décès. Si l'assurance Mutilation est sélectionnée, la CAFC versera la Prestation d'assurance vie payable à la date de votre Mutilation.

Si les décès ou les Mutilations du Client et du Cosignataire couverts conjointement par le présent Certificat se produisent simultanément, la CAFC versera seulement un montant équivalent à la Prestation d'assurance vie.

## 5. PROTECTION D'ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES

Si la protection d'assurance contre les maladies graves est sélectionnée, la CAFV versera la Prestation d'assurance vie à la date où vous êtes diagnostiqué par un Spécialiste comme ayant une Maladie grave.

Si le Client et le Cosignataire couverts conjointement par le présent Certificat ont une Maladie grave en même temps, la CAFV versera seulement un montant équivalent à la Prestation d'assurance vie.

## 6. PROTECTION D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Si la protection d'assurance invalidité est sélectionnée, la CAFV versera la Prestation d'invalidité pour aussi longtemps que vous êtes atteint d'une Invalidité totale continue qui excède la Période d'attente. Pour être admissible aux Prestations d'invalidité, vous devez être un Employé permanent à l'apparition de toute Invalidité totale.

Si la Période critique de 12 mois a été élue, la CAFV ne versera pas plus de 12 Prestations d'invalidité pendant la Durée de l'assurance. Si la Période critique de 24 mois a été élue, la CAFV ne versera pas plus de 24 Prestations d'invalidité pendant la Durée de l'assurance.

Si vous avez élu une Période d'attente avec une Indemnisation rétroactive, le paiement sera calculé à partir du premier jour de l'Invalidité totale. Si vous avez élu une Période d'attente avec un Délai de carence, 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 causées par la même maladie, la même affection ou le même état physique survenant en moins d'un mois lors 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.

Vous avez le devoir d'atténuer les pertes encourues en cas d'Invalidité totale. Le fait de ne pas atténuer de telles pertes peut entraîner un refus d'accorder des Prestations d'invalidité.

Si le Client et le Cosignataire couverts conjointement par le présent Certificat ont une Invalidité totale en même temps, la CAFV versera seulement un montant équivalent à la Prestation d'invalidité.

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

## 7. EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

### 7.1 Exclusions - Générales

La CAFV n'encourra aucune responsabilité (sauf pour le remboursement des primes non acquises) lorsque vous n'êtes pas admissible à la protection élue ou lorsque l'un des facteurs ci-dessous entraîne le décès, la Mutilation, la Maladie grave ou l'Invalidité totale ou contribue à celui-ci ou à celle-ci de manière directe ou indirecte :

- Maladie, affection ou état physique préexistant selon lequel le décès, la Mutilation, la Maladie grave ou l'Invalidité totale survient dans les 24 mois de la Date d'entrée en vigueur;
- 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;
- toute écloison pandémique, déclarée ou non;
- suicide, que vous ayez été sain d'esprit ou non, survenant au cours des 24 mois suivant la Date d'entrée en vigueur, sauf, à l'égard de la protection d'assurance vie, lorsque le suicide est un suicide médicalement assisté exécuté en conformité avec les lois du Canada et qu'un médecin autorisé fournit la preuve que vous étiez susceptible de mourir pendant la Durée de l'assurance;
- blessure volontaire (auto-infligée), que vous ayez 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 utilisation illégale de drogues;
- prise intentionnelle d'un gaz toxique ou d'une substance toxique de toute nature;
- 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;
- en voyage à bord ou à la descente de n'importe quel type d'avion, sauf en tant que passager payant à qui l'on a conféré aucune tâche, quelle qu'elle soit, sur un vol commercial; ou
- Être négligent envers ou ne pas se conformer à la recherche ou la réception de traitement médical raisonnable, d'avis médical, de soins ou de services, y compris des mesures de diagnostic, prescrits par un médecin habileté.

La CAFV n'encourra 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.

### 7.2 Exclusions - Protection d'assurance contre les maladies graves

Une Prestation d'assurance vie pour une Maladie grave ne sera pas versée dans le cas de l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- vous ne survivez pas les 30 jours suivant le diagnostic de la Maladie grave;
- vous présentez les symptômes d'un cancer ou vous êtes diagnostiqué d'un cancer dans les 90 jours suivants immédiatement la Date d'entrée en vigueur; ou
- la même Maladie grave, ou une Maladie grave similaire, incluant un état contributif à celle-ci, a été diagnostiquée avant la Date d'entrée en vigueur.

### 7.3 Restrictions

- La Prestation d'assurance vie est limitée à la Protection maximale. Si vous êtes couvert par la CAFV au titre de plus d'un certificat d'assurance créance collective, la Prestation d'assurance vie sera réduite de manière à ce que le montant global à verser par la CAFV au moment de votre décès, de votre Mutilation ou de votre Maladie grave en vertu de tous les certificats d'assurance créance collective n'excède pas la Protection maximale.
- La Prestation d'assurance vie pourrait ne pas couvrir le Montant du financement. Par exemple, lorsque le Montant du financement en vertu du Contrat de financement est plus élevé que la Protection maximale ou lorsque la Durée du contrat de financement est supérieure à la Durée de l'assurance, la Prestation d'assurance vie pourrait ne pas couvrir entièrement vos obligations au titre du Contrat de financement.
- Une seule Prestation d'assurance vie est exigible au titre du présent Certificat. Si vous avez reçu une Prestation d'assurance vie suite à une Maladie grave, aucune Prestation d'assurance vie ne vous sera versée pour votre décès ou votre Mutilation.
- Les Prestations d'invalidité sont limitées à la Protection maximale et à la Durée maximale. Si vous êtes couvert par la CAFV au titre de plus d'un certificat d'assurance créance collective, les Prestations d'invalidité seront réduites de manière à ce que le montant global à verser par la CAFV au moment de votre Invalidité totale en vertu de tous les certificats d'assurance créance collective n'excède pas la Protection maximale.
- Les Prestations d'invalidité pourraient ne pas couvrir le Montant du financement. Par exemple, lorsque le Montant du financement ou le Montant du paiement en vertu du Contrat de financement est plus élevé que la Protection maximale, lorsque la Durée du contrat de financement est supérieure à la Durée de l'assurance, si l'option de paiement partiel a été choisie, ou si la Période critique de 12 mois ou la Période critique de 24 mois a été élue, les Prestations d'invalidité pourraient ne pas couvrir entièrement vos obligations au titre du Contrat de financement. La protection d'assurance invalidité ne couvre pas la Valeur finale ou toute partie de la Valeur finale, et vous demeurez le seul responsable de ce montant.
- Lorsqu'une Invalidité totale excède 12 mois consécutifs, les Prestations d'invalidité ne seront versées que si la maladie, l'affection ou l'état physique (i) vous empêche d'exécuter les fonctions d'un poste contre rémunération ou bénéfice, lié à votre éducation, votre formation ou votre expérience, et (ii) 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 six mois. Il est entendu qu'en aucun cas, plus de six paiements de Prestations d'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'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 vous êtes assujéti aux soins d'un Spécialiste tel qu'un neurologue, un neurochirurgien, un physiatre, un chirurgien orthopédiste ou un rhumatologue. Il est entendu qu'en aucun cas, plus de deux paiements de Prestations d'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 vous n'êtes pas assujéti aux soins d'un des Spécialistes susmentionnés.
- En cas de décès causé par un suicide médicalement assisté exécuté en conformité avec les lois du Canada, la CAFV ne paie la Prestation d'assurance vie qu'à la date à laquelle le décès était susceptible de se produire si la mort n'avait pas été causée par un suicide médicalement assisté, qui est la date à déterminer par un médecin habilité.
- Si la Période critique de 12 mois ou de 24 mois a été élue, le montant total des Prestations d'invalidité versées pendant la Durée de l'assurance n'excèdera pas 12 fois ou 24 fois respectivement le Paiement mensuel assuré indiqué dans la section *Options de protection* à la page un du présent Certificat.
- Advenant toute déclaration frauduleuse de votre part concernant votre Bonne santé à la Date de la demande, la CAFV se réserve le droit de résilier votre assurance et de conserver toutes les Primes.

## 8. FIN DE LA PROTECTION

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

- la date à laquelle la CAFV envoie par la poste un avis écrit stipulant le refus de la demande d'assurance;
- à l'égard d'un type de protection précis, à la fin de la Durée de l'assurance telle qu'indiquée dans la section *Options de protection*;
- à l'égard d'un type de protection précis, à la fin de la Durée maximale;
- à la fin de la Durée du contrat de financement;



- (e) la date à laquelle le Contrat de financement est complètement acquitté, réécrit ou révisé, à moins d'une approbation contraire de la CAFC;
  - (f) la date à laquelle l'Institution financière a demandé le paiement du montant dû en vertu du Contrat de financement à cette date en raison de défaut de paiement;
  - (g) la date à laquelle le Véhicule ou 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, ou la date à laquelle l'Institution financière a d'abord tenté de saisir ou reprendre possession du Véhicule ou tout autre bien offert en garantie en vertu du Contrat de financement, si de tels efforts n'ont pas abouti;
  - (h) 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 sera réputée ne pas avoir été en vigueur;
  - (i) dans le cas de la protection d'assurance invalidité seulement, la date à laquelle vous prenez votre retraite;
  - (j) dans le cas de la protection d'assurance invalidité seulement, si la Période critique de 12 mois ou la Période critique de 24 mois a été élue, lorsque la CAFC a versé un total de 12 ou 24 Prestations d'invalidité, respectivement, pendant la Durée de l'assurance;
  - (k) au moment du versement de la Prestation d'assurance vie par la CAFC; ou
  - (l) le jour du 73<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'Assuré le plus âgé.
- Vous ne détenez aucun droit, y compris le droit de transformation, dès la résiliation de la protection.

### 9. REMBOURSEMENT DE PRIMES NON ACQUISES

À la résiliation de la protection, vous pouvez 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 versera le remboursement approprié à l'Institution financière, ou à vous si le Contrat de financement est entièrement acquitté.

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 vous avez demandé un remboursement, si cette date est postérieure. Le montant du remboursement ne sera pas calculé au prorata, il sera calculé de la façon suivante : (Prime x « Facteur de la règle de 78 » x 80%) moins tout règlement versé, moins un frais d'administration de 50\$ par type de protection. Le « Facteur de la règle de 78 » est une formule mathématique faisant partie des normes de l'industrie utilisée pour calculer les primes non acquises. Voici comment elle est calculée :

$$\frac{(A-B) \times (A-B+1)}{A \times (A+1)}$$

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

**Vous avez droit à un remboursement intégral de la Prime si celui-ci est demandé dans les 30 jours de la Date d'entrée en vigueur.** La CAFC vous fournira un tableau de remboursement sur demande.

### 10. DEMANDES DE RÈGLEMENT

Tout avis écrit de demande de règlement doit être déposé auprès de la CAFC dans les 30 jours de l'événement donnant lieu à la demande. En ce qui a trait aux demandes de règlement concernant la protection d'assurance vie, s'il n'est pas raisonnablement possible de soumettre un avis de demande de règlement lors de cette période de 30 jours, cet avis doit être soumis à la CAFC dans un délai raisonnable. En aucun cas l'avis ne peut-il être reçu plus de trois ans après votre décès.

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](mailto:insurance@firstcanadian.ca) ou en écrivant à l'adresse indiquée à la page un du présent Certificat. Vous devrez assumer les coûts relatifs à la remise d'un avis de demande de règlement ou à l'obtention d'une preuve de demande de règlement.

Dans tous les cas, le paiement de la demande de règlement sera émis à l'Institution financière et libérera la CAFC de tout engagement en vertu du présent Certificat.

### Demands de règlement relatives à la protection d'assurance vie et Mutilation et à la protection d'assurance contre les maladies graves

En cas de décès, de Maladie grave ou de Mutilation, la preuve de demande de règlement doit être déposée dans l'année qui suit l'événement donnant lieu à la demande. En ce qui a trait aux demandes de règlement concernant l'assurance vie seulement, s'il n'est pas raisonnablement possible de soumettre une demande de règlement au cours de cette période d'un an, cette demande doit être reçue par la CAFC dans un délai raisonnable. En aucun cas la demande ne peut-elle être reçue plus de trois ans après votre décès.

En vérifiant toute demande de règlement à l'égard de votre décès, de votre Maladie grave ou de votre Mutilation, la CAFC se réserve le droit d'exiger une preuve satisfaisante de votre date de naissance, une preuve de votre décès, de votre Maladie grave ou de votre Mutilation et les circonstances ayant causé ou ayant contribué à votre décès, votre Maladie grave ou votre Mutilation, ainsi qu'une preuve de l'Institution financière selon laquelle le Contrat de financement n'avait pas été acquitté, résilié, réécrit ou révisé avant votre décès, votre Maladie grave ou votre Mutilation.

### Demands de règlement relatives à la protection d'assurance invalidité

En cas d'invalidité totale, la preuve de demande de règlement 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 avant la date de réception de la preuve de demande de règlement. En aucun cas une preuve de demande de règlement 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 de votre Invalidité totale, la CAFC se réserve le droit d'exiger une preuve satisfaisante de votre 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 résilié, 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 et ceux du Ministère du revenu du Québec, afin de vérifier que vous étiez un employé permanent et que vous aviez une Invalidité totale, et ce, à tout moment pertinent. À ses propres frais, la CAFC se réserve le droit de vous faire examiner, de temps à autre, par un médecin choisi par la CAFC, en ce qui concerne l'Invalidité totale. Vous devez assumer les coûts liés aux mises à jour médicales périodiques.

Les Prestations d'invalidité seront versées mensuellement, à terme échu, à la réception des formulaires nécessaires.

### 11. LITIGES

Advenant un différend, une demande de règlement ou une contreverse découlant du présent Certificat, veuillez contacter la CAFC en téléphonant au 1 800 561-3242 et en demandant à parler à l'un de nos représentants du service à la clientèle. Si vous êtes insatisfait de la réponse, veuillez vous référer au processus de résolution des plaintes disponible au [home.firstcanadian.ca/fr/complaints/](http://home.firstcanadian.ca/fr/complaints/).

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 le Code civil, ou autre législation applicable.

**Pour toute question concernant les remboursements, protections, transferts de protections ou les demandes de règlement, veuillez composer le 1 800 561-3242, envoyer un courriel à [insurance@firstcanadian.ca](mailto:insurance@firstcanadian.ca) ou écrire à l'adresse indiquée à la page un 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](http://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](mailto:insurance@firstcanadian.ca) • **N° de permis de l'AMF** : 2000737570

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](http://www.lautorite.qc.ca)