SOMMAIRE DU PRODUIT

ASSURANCE CRÉANCE VIE, MALADIES GRAVES ET INVALIDITÉ, FORMULAIRE F6202QEP



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.

Offert par :

La Corporation d'assurance First Canadian

Questions? Préoccupations? Communiquez avec la CAFC :
320 Sioux Road, Sherwood Park, Alberta T8A 3X6

- **Sans frais :** 1 800 561-3242
- **Local :** 780 467-9575
- **Courriel :** insurance@firstcanadian.ca
- **N° de permis de l'AMF :** 2000737570

SOMMAIRE DU PRODUIT

ASSURANCE CRÉANCE VIE, MALADIES GRAVES ET INVALIDITÉ, FORMULAIRE F6202QEP

Ce sommaire ne constitue pas votre police d'assurance. Afin de connaître toutes les conditions, les modalités, les restrictions et les exclusions, veuillez consulter les définitions des conditions générales apparaissant en caractères gras et en italique dans la section « Définitions » de la demande et du Certificat d'assurance.

Qui peut en bénéficier? Cette protection vous convient si :

Assurance vie

- vous avez financé ou loué un véhicule,
- vous avez 18 ans ou plus, mais n'avez pas encore 70 ans, et
- vous souhaitez protéger votre famille contre les dettes liées à votre véhicule en cas de décès.

Assurance maladies graves

- vous avez financé ou loué un véhicule,
- vous avez 18 ans ou plus, mais n'avez pas encore 70 ans, et
- vous aimeriez avoir des fonds pour alléger le fardeau financier lié à un grave problème de santé, vous permettant ainsi de vous concentrer sur votre rétablissement.

Assurance invalidité

- vous avez financé ou loué un véhicule,
- vous avez 18 ans ou plus, mais n'avez pas encore 66 ans, et
- vous avez actuellement un emploi, mais vous vous inquiétez de votre capacité à honorer les paiements de votre prêt en cas de maladie ou d'accident.

Veuillez consulter la section « Admissibilité des personnes couvertes » de la Demande et du Certificat d'assurance afin de connaître tous les critères d'admissibilité.

ATTENTION : Si vous devez déposer une demande de règlement, advenant toute déclaration frauduleuse de votre part concernant votre santé, la CAFC se réserve le droit d'annuler votre assurance et de conserver toutes les primes. Si vous êtes incertain de l'impact que votre état de santé actuel pourrait avoir sur votre admissibilité, veuillez contacter la CAFC au 1 800 561-3242 pour parler à l'un de nos représentants.

Quels sont les avantages?

Assurance vie

- Rembourse votre prêt ou votre location couvert, jusqu'à concurrence de 250 000 $ advenant votre décès.
- Protection disponible pour un maximum de 120 mois.
- Personnalisez votre plan :
  - ✓ Plans pour client seulement, plans pour cosignataire seulement et plans de protection conjointe offerts.
  - ✓ Assurance ***Mutilation*** offerte en option.

Assurance maladies graves

- Rembourse votre prêt ou votre location couvert, jusqu'à concurrence de 250 000 $ si vous avez été diagnostiqué d'une ***Maladie grave.***
- Les ***Maladies graves*** couvertes incluent les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers menaçant le pronostic vital, la paralysie et les importantes greffes d'organe.
- Protection disponible pour un maximum de 120 mois.
- 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.
- Protection disponible pour un maximum de 96 mois.
- Personnalisez votre plan :
  - ✓ Plans pour client seulement, plans pour cosignataire seulement et plans de protection conjointe offerts.
  - ✓ Plusieurs ***Périodes d'attente*** disponibles.
  - ✓ Assure 100 % ou une partie du paiement de votre prêt ou de votre location.
  - ✓ 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.** 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 est acquittée par Paiements périodiques. Les taxes provinciales applicables aux primes d'assurance seront ajoutées à chaque paiement en fonction de votre province de résidence au moment du prélèvement.

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 du 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 éclosion de type pandémique
- Suicide survenant dans les 24 premiers mois de la protection (exceptions faites pour le 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 prescrit 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 suivant 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 diagnostiqués 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 6 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 2 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 12 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 24 paiements si vous souscrivez à une protection Période critique de 24 mois.

Bon à savoir : Les montants maximums de protection 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	Pour une Durée maximale de :
Vie, Maladies graves et Mutilation	**18-59 ans** **60-69 ans**	**250 000 $** **150 000 $**	**120 mois** **120 mois**
Invalidité	**18-65 ans**	**$3,000 / mois**	**96 mois**

✓ **Si vous souscrivez à une autre assurance auprès de la CAFC, ces Montants maximaux assurés s'appliquent au total cumulé de toutes les protections prévues par l'ensemble des certificats de 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 accéder aux formulaires de demande de règlement pour l'assurance vie, maladies graves ou invalidité :



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. 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 réglement. 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 créancier en votre nom aussitôt que 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 règlement et en lui fournissant des renseignements supplémentaires ou des documents soutenant votre position. Veuillez consulter la section Plaintes de notre site internet afin de consulter 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 à tout moment pendant la durée de la police. Vous avez droit à un remboursement intégral de la prime et des taxes applicables payées si la résiliation est demandée dans les 30 jours suivant la souscription.

La prime est payée par Paiements périodiques. Par conséquent, vous n'êtes facturé que pour la période pendant laquelle la protection est en vigueur, et aucun remboursement n'est accordé après le délai de 30 jours dans la plupart des cas.

Si votre Contrat de financement est remboursé par anticipation et que les Paiements périodiques continuent d'être effectués, cela peut entraîner le prélèvement de primes et de taxes applicables en excédent. Dans ce cas, la CAFC vous remboursera les primes et les taxes applicables qui ont été payées en excédent, dans la limite des 90 jours précédant la date à laquelle votre demande est reçue.

Pour résilier votre protection, vous devez remplir un Formulaire de résiliation de protection, que vous pouvez obtenir auprès de First Canadian ou du concessionnaire où l'assurance a été souscrite. Vous pouvez également utiliser l'Avis de résolution d'un contrat d'assurance figurant au dos de ce livret.

Pour plus d'informations, veuillez contacter le département administratif pour prélèvements automatiques (PAC) de la CAFC au 587-957-1013, envoyer un courriel à PAC@firstcanadian.ca, ou consulter les sections « Fin de la protection » et « Remboursement de primes non acquises » de votre Demande et certificat d'assurance.

PRODUCT SUMMARY

CREDIT LIFE, CRITICAL ILLNESS & DISABILITY INSURANCE, FORM F6202QEP



Offered through the following distributor:

Place label for Distributor here:
*** Label must include name, address, email, phone, fax of Distributor.

Offered by:

First Canadian Insurance Corporation

Questions? Concerns? Contact FCIC:

320 Sioux Road, Sherwood Park, Alberta T8A 3X6

- **Toll Free:** 1-800-561-3242
- **Local:** 780-467-9575
- **Email:** insurance@firstcanadian.ca
- **AMF License #:** 2000737570

PRODUCT SUMMARY

CREDIT LIFE, CRITICAL ILLNESS & DISABILITY INSURANCE, FORM F6202QEP

This summary is not your insurance policy. Please refer to the Application and Certificate of Insurance for complete terms, conditions, limitations and exclusions. Definitions for any terms showing in bold and italics can be found in the "Definitions" section of the Application and Certificate of Insurance.

Who can benefit? Coverage is designed for you if:

Life Insurance

- you have financed or leased a vehicle,
- you are 18 years or older, but not yet 70, and
- you want to protect your family from vehicle debt in the event of your death.

Critical Illness Insurance

- you have financed or leased a vehicle,
- you are 18 years or older, but not yet 70, and
- you want funds to ease financial stress during a serious health crisis, allowing you to focus on recovery.

Disability Insurance

- you have financed or leased a vehicle,
- you are 18 years or older, but not yet 66, and
- you are currently employed but concerned about your ability to make loan payments in the event of illness or injury.

Please see the "Eligibility of Persons Covered" section of the Application and Certificate of Insurance for full eligibility requirements.

WARNING: If you need to place a claim, FCIC will review your eligibility and if you have made any fraudulent misrepresentations regarding your health, FCIC has the right to void your insurance and retain all premiums. If you are uncertain about how your current health situation might affect your eligibility, please contact FCIC at 1-800-561-3242 to speak to one of our representatives.

What are the Benefits?

Life Insurance

- Pays off your insured loan or lease up to $250,000.00 in the event of your death.
- Coverage available for up to 120 months.
- Customize your plan:
  - ✓ Customer only, Co-Signer only and Joint coverage plans available
  - ✓ Optional ***Dismemberment*** coverage available

Critical Illness Insurance

- Pays off your insured loan or lease up to $250,000.00 if you are diagnosed with a ***Critical Illness.***
- ***Covered Critical Illnesses*** include Heart Attack, Stroke, Life Threatening Cancer, Paralysis, and Major Organ Transplant.
- Coverage available for up to 120 months.
- Customize your plan:
  - ✓ Customer only, Co-Signer only and Joint coverage plans available

Disability Insurance

- Covers your monthly payments to a maximum of $3,000 per month if you become ***Totally Disabled*** and cannot work.
- Coverage available for up to 96 months.
- Customize your plan:
  - ✓ Customer only, Co-Signer only and Joint coverage plans available
  - ✓ Several ***Waiting Period*** options available
  - ✓ Insure 100% of your loan or lease payment, or just a portion of it
  - ✓ Choose between disability coverage that protects your loan payments for the full coverage term and 12-Month or 24-Month Critical Period disability coverage that will make up to 12 or 24 benefit payments over the coverage term.

What does it cost? Premiums are based on:

1. INSURED MONTHLY PAYMENT **2.** TERM OF COVERAGE SELECTED **3.** INSURANCE OPTIONS SELECTED

Age, gender, health and occupation do not affect your insurance premium. Premium is fixed (meaning it won't change over time) and is paid through Recurring Payments. Applicable provincial taxes on insurance premiums will be added to each payment based on your province of residence at the time of withdrawal.

The following is a summary of exclusions and limitations to this coverage. For full details, please refer to the "Exclusions and Limitations" section of the Application and Certificate of Insurance.

Exclusions - FCIC will not pay your claim if your death, ***Dismemberment, Critical Illness*** or ***Total Disability*** results from any of the following:

- A ***Pre-Existing Illness, Disease, or Physical Condition*** occurring within the first 24 months of coverage
- Cosmetic or elected surgery
- War or any act of war
- An act of terrorism
- Any pandemic-like outbreak
- Suicide occurring within the first 24 months of coverage (exceptions made for medical assistance in dying)
- An intentionally self-inflicted injury
- Operation of a motor vehicle while impaired beyond the legal limit
- Participation in a criminal act
- Intentional taking of a poisonous gas or substance
- Illness, disease, or death resulting from alcohol or un-prescribed drug use
- HIV or AIDS
- Travel in or descent from any kind of aircraft (except as a passenger on a commercial flight)
- Not following reasonable medical treatment as prescribed by a doctor
- ***Total Disability*** resulting from pregnancy, childbirth, or termination of pregnancy

- A ***Critical Illness*** claim will not be paid if:
  - you do not survive 30 days following the diagnosis of the ***Critical Illness,***
  - you present with symptoms of cancer or are diagnosed with cancer within 90 days of purchasing this insurance, or
  - the same or similar ***Critical Illness*** was diagnosed prior to purchasing this insurance.

Limitations:

- In the event of joint coverage, where both you and your insured co-signer die, are diagnosed with a ***Critical Illness*** or become ***Totally Disabled*** at the same time, FCIC will not make twice the benefit payments. Benefit payments are restricted as if only one insured has died, is diagnosed with a ***Critical Illness*** or is off work due to a ***Total Disability.***
- After a ***Total Disability*** exceeds 12 consecutive months, benefit payments will only be made if you are prevented from performing the duties of any occupation within the range of your education, training, or experience (not just the occupation you held before becoming sick or injured).
- No more than 6 benefit payments will be made in total for the full term of your policy for disability claims resulting from nervous, mental, psychological, or psychiatric conditions.
- No more than 2 benefit payments will be made for disability claims resulting from disease or disorder of the neck or back, unless you are under the care of a ***Specialist.***
- Only one ***Life Benefit*** is payable per certificate. For instance, if a ***Life Benefit*** has been paid to you in connection with a ***Critical Illness,*** no further benefits will be paid out if you die during the insurance term.
- No more than 12 benefit payments will be made in total for the full term of your policy if you purchase 12-Month Critical Period coverage and no more than 24 benefit payments will be made if you purchase 24-Month Critical Period coverage.

Good to Know: Maximum coverage amounts vary based on your age at time of purchase.

Type of Insurance	Age of Insured on Effective Date	Maximum Insured Amount	To a Maximum Term of:
Life, Critical Illness & Dismemberment	18-59 years 60-69 years	$250,000 $150,000	120 months 120 months
Disability	18-65 years	$3,000 /month	96 months

✓ **If you have other insurance with FCIC, then these Maximum Insured Amounts apply to the combined total of all coverage provided under all FCIC certificates.**

✓ **Coverage expires on the 73rd birthday of the eldest insured customer.**

Be aware that benefits may not fully cover your financial obligations under your loan or lease contract if:

- the finance or lease contract term is greater than the insurance term,
- the total amount financed or leased is greater than the maximum coverage,
- if you choose a partial payment option for Disability coverage, or
- if you choose the 12-Month or 24-Month Critical Period coverage option.

Making a Claim

To access Life, Critical Illness or Disability Insurance Claim Application forms:



Call FCIC's Life and Disability Claims Department at 1-800-561-3242



Email insclaims@firstcanadian.ca



Visit FCIC's website at www.firstcanadian.ca



Contact the dealership where you purchased the insurance

You (or your estate) will need to fill out a Claimant's Statement to provide general details about the claim and an Information Release Form so that we can obtain additional information on your behalf if necessary. You will also need to have your doctor complete a form, and your employer (in the case of a Disability claim).

There is a 3-year time limit for making a life insurance claim, and a 1-year time limit for making any other type of claim. Additionally, if Disability claim forms are received more than 90 days after your ***Total Disability*** begins, benefit payments will be paid from no earlier than 90 days prior to the date that claim forms were received.

Benefit decisions are provided in writing within 30 days of receiving the information required to make a decision. As soon as claims are approved, FCIC sends benefit payments directly to your lender on your behalf. In the event a claim is denied, FCIC will provide the reason for the denial in writing.

You can appeal FCIC's decision if the initial claim is denied by writing to the Claims Manager and providing additional information or documentation to support your position, which was not submitted with the original claim. Please see the Complaints section on our website to view our Complaints Handling Protocol.

Cancellation of Insurance:

30-day no penalty cancellation period.

You may cancel your insurance coverage at any time during the term of the policy. You are entitled to a full refund of premium and applicable taxes paid if cancellation is requested within 30 days of purchase.

Premium is paid through Recurring Payments. As a result, you are only charged for coverage while it is in force, and no refund is payable after the 30-day period in most cases.

If your Finance Contract is repaid early and Recurring Payments continue to be withdrawn, this may result in excess Premiums and applicable taxes being collected. In such cases, FCIC will refund the excess Premium and applicable taxes that were paid up to a maximum of 90 days prior to the date your request is received.

To cancel your coverage, you must complete a Termination of Coverage form, which can be obtained from First Canadian or the dealership where the insurance was purchased. You may also use the Notice of Rescission of an Insurance Contract included at the back of this booklet.

For more information, please contact FCIC's Pre-Authorized Chequing (PAC) Administration Department at 587-957-1013, email PAC@firstcanadian.ca, or refer to the "Termination of Coverage" and "Refund of Unearned Premium" sections of your Application and Certificate of Insurance.

La Corporation d'assurance First Canadian

320, SIOUX ROAD
SHERWOOD PARK (ALBERTA) T8A 3X6
SANS FRAIS : 1 800 561-3242
DIRECT : 587 957-1095
COURRIEL : PAC@firstcanadian.ca

DEMANDE ET CERTIFICAT D'ASSURANCE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CLIENT Nom | Prénom | Initiales | Date de naissance

Adresse | App. n° | Ville | Province

Code postal | Tél. au domicile | Tél. au travail | Courriel du Client

COSIGNATAIRE Nom | Prénom | Initiales | Date de naissance

Adresse | App. n° | Ville | Province

Code postal | Tél. au domicile | Tél. au travail | Courriel du Cosignataire

CONCESSIONNAIRE | **CONCESSIONNAIRE N°**

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CONTRAT DE FINANCEMENT

CRÉANCIER GARANTI | DATE DU CONTRAT DE FINANCEMENT AAAA MM JJ

MONTANT FINANCÉ | TAP | RÈGLEMENT FINAL OU RÉSIDUEL

MONTANT ET FRÉQUENCE DU PAIEMENT | TYPE DE CONTRAT DE FINANCEMENT (PRÊT OU LOCATION) | DURÉE/PÉRIODE D'AMORTISSEMENT DU CONTRAT DE FINANCEMENT (EN MOIS)

VIN

DÉTERMINATION QUANT AUX TIERS : Cochez la case ci-contre si vous prenez engagement dans le Contrat de financement ou faites l'achat du présent Certificat au nom d'une personne qui n'est ni le Client ni le Cosignataire. ☐

SAMPLE

OPTIONS DE PROTECTION

ASSURANCE VIE ET MUTILATION

PROTECTION MAXIMALE - ASSURÉS ÂGÉS DE 18 À 59 ANS - 250 000 $*
PROTECTION MAXIMALE - ASSURÉS ÂGÉS DE 60 À 69 ANS - 150 000 $*
LA DURÉE MAXIMALE EST DE 120 MOIS

J'opte pour la protection suivante :

☐ Client seulement ☐ Cosignataire seulement ☐ Protection conjointe ☐ Mutilation

ASSURANCE VIE À CAPITAL DÉGRESSIF

COUVRE LE MONTANT FINANCÉ **EXCLUANT** LA VALEUR FINALE OU TOUTE PORTION DE LA VALEUR FINALE.

DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)

PRIME PÉRIODIQUE D'ASSURANCE VIE $

VALEUR FINALE ASSURANCE VIE

VALEUR FINALE ASSURÉE $

DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)

PRIME PÉRIODIQUE D'ASSURANCE VIE POUR VALEUR FINALE $

ASSURANCE MALADIES GRAVES

PROTECTION MAXIMALE - ASSURÉS ÂGÉS DE 18 À 59 ANS - 250 000 $*
PROTECTION MAXIMALE - ASSURÉS ÂGÉS DE 60 À 69 ANS - 150 000 $*
LA DURÉE MAXIMALE EST DE 120 MOIS

J'opte pour la protection suivante :

☐ Client seulement ☐ Cosignataire seulement ☐ Protection conjointe

ASSURANCE MALADIES GRAVES À CAPITAL DÉGRESSIF

COUVRE LE MONTANT FINANCÉ **EXCLUANT** LA VALEUR FINALE OU TOUTE PORTION DE LA VALEUR FINALE.

DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)

PRIME PÉRIODIQUE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES $

VALEUR FINALE ASSURANCE MALADIES GRAVES

VALEUR FINALE ASSURÉE $

DURÉE DE L'ASSURANCE (EN MOIS)

PRIME PÉRIODIQUE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES POUR VALEUR FINALE $

ASSURANCE INVALIDITÉ

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 INVALIDITÉ SERONT EXIGIBLES.

J'opte pour la protection suivante :

☐ Client seulement ☐ Cosignataire seulement ☐ Protection conjointe ☐ Invalidité ☐ Période critique de 12 mois ☐ Période critique de 24 mois

PÉRIODE D'ATTENTE (EN JOURS)

☐ PÉRIODE D'ATTENTE RÉTROACTIVE ☐ DÉLAI DE CARENCE

OPTION DE PAIEMENT PARTIEL
_____% % (pourcentage du paiement assuré)

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 PÉRIODIQUE D'ASSURANCE INVALIDITÉ $

* Une seule Prestation vie est exigible au titre du présent Certificat.

PLAN DE PAIEMENT

FRÉQUENCE DU PAIEMENT PÉRIODIQUE	PAIEMENT PÉRIODIQUE		TOTAL	
	PRIME	$	PRIME	$
	TAXES	$	TAXES	$
	PAIEMENT PÉRIODIQUE	$	PRIME TOTALE INCLUANT LES TAXES	$

ENTENTE DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (PA)

A. AUTORISATION

J'autorise la CAFC, ainsi que toute société de traitement de paiement agissant pour le compte de la CAFC, et l'institution financière désignée ci-dessous, à prélever sur le compte bancaire indiqué sur le présent Certificat le montant de tous les Paiements périodiques prévus par le présent Certificat. Si une protection conjointe est souscrite, je reconnais que le Paiement périodique pour tous les Assurés au titre du présent Certificat sera prélevé sur le compte bancaire indiqué. J'accepte que, aux fins de la présente Entente de PA, tous les prélèvements automatiques sur mon compte soient traités comme des prélèvements automatiques à titre personnel. Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

B. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

NOM(S) DU(DES) DÉTENTEUR(S) DE COMPTE

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE | NUMÉRO DE L'INSTITUTION | NUMÉRO DE TRANSIT | NUMÉRO DE COMPTE

Je certifie être habilité à autoriser le prélèvement sur ce compte et que les informations fournies sont exactes et complètes. Je m'engage à informer la CAFC de tout changement concernant ces coordonnées bancaires.

C. CALENDRIER DES PAIEMENTS

J'autorise les paiements suivants : Paiement périodique initial à la Date d'entrée en vigueur **ENSUITE**
Paiements périodiques à fréquence débutant le AAAA MM JJ

Si la date prévue pour un prélèvement tombe une fin de semaine ou un jour férié, le débit pourra être effectué le jour ouvrable suivant. Au Québec, les Paiements périodiques seront programmés à des intervalles d'au moins une fois par an, conformément à la législation en vigueur.

D. PAIEMENTS PÉRIODIQUES

Chaque Paiement périodique comprendra la Prime applicable aux protections en vigueur au titre du présent Certificat au moment du prélèvement, majorée des taxes applicables. Lorsque différents types de protection sont régis par des Durées d'assurance distinctes, le montant des Paiements périodiques peut varier à l'expiration de la Durée d'assurance d'un type de protection en particulier, de sorte que les paiements ultérieurs ne reflètent que la Prime et les taxes applicables à la protection qui reste en vigueur. Les taxes applicables sont déterminées en fonction de ma province de résidence au moment de chaque prélèvement de Paiement périodique et peuvent être ajustées si ma province de résidence change. J'autorise la CAFC à appliquer toute augmentation ou diminution correspondante au montant du Paiement périodique, résultant de modifications apportées à la protection en vigueur ou aux taux d'imposition applicables, et je renonce à toute obligation de préavis dans la mesure permise par la loi applicable et les règles applicables de Paiements Canada.

E. PAIEMENTS REFUSÉS OU REJETTÉS

Si un prélèvement est refusé en raison d'une insuffisance de fonds ou de fonds non compensés, la CAFC peut le soumettre à nouveau une seule fois à la prochaine date de paiement prévue, pour un montant identique à celui du prélèvement refusé. Si le prélèvement soumis une seconde fois est refusé, la CAFC m'en informera. Je reconnais être responsable de tous les frais imposés par mon institution financière en lien avec les prélèvements refusés. La CAFC peut également facturer des frais administratifs de service pouvant aller jusqu'à 45 $ par prélèvement refusé (ou un montant inférieur autorisé par la loi applicable), correspondant aux frais de traitement et d'administration raisonnables de la CAFC. J'autorise la CAFC à prélever ces frais de service sur le compte bancaire fourni dans le cadre de la présente Entente de PA.

F. RÉSILIATION DE L'ENTENTE PA

La présente Entente de PA peut être résiliée si un prélèvement n'est pas autorisé ou est annulé par l'institution financière, ou à la suite d'un préavis écrit de trente (30) jours que j'adresse à la CAFC ou que la CAFC m'adresse. Je peux révoquer cette autorisation de prélèvement automatique à tout moment en adressant un préavis écrit à la CAFC en utilisant les coordonnées indiquées à la section I. COORDONNÉES de la présente Entente de PA. La révocation annule uniquement le mode de paiement et n'annule pas le présent Certificat ni ne me dégage de mon obligation de payer les Primes et les taxes applicables par un autre moyen acceptable pour la CAFC. Si des Primes restent impayées, la CAFC peut résilier la protection conformément à la section 8. Pour obtenir un modèle de formulaire de résiliation ou plus d'informations sur mon droit de résilier la présente Entente de PA, je peux contacter mon institution financière ou consulter le site www.payments.ca.

G. DROITS DE RECOURS

Je dispose de certains droits de recours si un prélèvement ne respecte pas la présente Entente de PA. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir le remboursement de tout prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente Entente de PA, sous réserve des délais applicables. Pour plus d'informations sur mes droits de recours, je peux contacter mon institution financière ou consulter le site www.payments.ca.

H. CONFIDENTIALITÉ

Je reconnais que la CAFC peut recueillir, utiliser et divulguer mes données personnelles dans la mesure nécessaire à la gestion de la présente Entente de PA et au traitement des paiements, conformément à l'Avis de confidentialité figurant dans le présent Certificat.

I. COORDONNÉES

Tout avis ou renseignement relatif à la présente Entente de PA peut être adressé à First Canadian Insurance, à l'attention de : Plan de paiements PAC, 320 Sioux Road, Sherwood Park, AB T8A 3X6, ou par courriel à PAC@firstcanadian.ca, ou par téléphone au 587-957-1095.

SAMPLE

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 de cette protection. Toute protection au titre du présent Certificat sera fournie par la CAFC.

B. Le Concessionnaire représente la CAFC dans la prise de dispositions nécessaires à cette protection. Le Concessionnaire touchera une commission de la CAFC en lien avec 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 modalités, conditions, exclusions et restrictions contenues dans le présent Certificat.

D. **Le présent Certificat contient une clause supprimant ou limitant le droit de l'assuré de désigner les personnes auxquelles ou au profit desquelles la prestation d'assurance doit être versée.**

E. Le présent Certificat pourrait ne pas couvrir le Montant financé. En aucune circonstance, l'obligation de la CAFC envers vous ne dépassera la Protection maximale (telle que définie à la section 1, « Définitions »), et la protection sera réduite afin d'assurer qu'un tel seuil ne soit pas dépassé en toute circonstance.

F. **AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :** La CAFC recueille des informations personnelles au cours du processus de souscription d'assurance afin de vérifier votre identité, d'évaluer le risque d'assurance, de fixer les primes, de commercialiser nos produits, de gérer les protections et d'enquêter sur les demandes de règlement. Ces informations sont conservées dans un dossier confidentiel dans les locaux de la CAFC ou chez des prestataires de services agréés, y compris des sociétés de traitement de paiement, engagés par la CAFC. L'accès à vos renseignements personnels est limité au personnel de la CAFC qui en a besoin et aux parties autorisées, et ces renseignements sont utilisés aux fins décrites dans notre Politique de confidentialité, disponible à l'adresse www.home.firstcanadian.ca/privacy-policy/. Les renseignements personnels peuvent être communiqués à votre Créancier garanti et partagés avec des tiers, notamment des prestataires de soins de santé, des employeurs et des agences d'enquête, si cela est nécessaire pour le traitement de l'assurance et l'évaluation des demandes de règlement. La divulgation est également effectuée lorsque la loi l'exige, y compris pour se conformer aux lois étrangères applicables aux prestataires de services hors du Canada. Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels et de les corriger. Les demandes peuvent être adressées par écrit au responsable de la confidentialité de la CAFC. Nous ne conservons les renseignements personnels que pendant la durée nécessaire aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis ou conformément à la loi. Pour plus de détails sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels, veuillez contacter le responsable de la protection de la confidentialité de la CAFC.

ACCEPTATION ET APPROBATION DU CLIENT

VOICI CE QUE LE CLIENT ET LE COSIGNATAIRE DOIVENT LIRE ET COMPRENDRE AVANT DE COMPLÉTER LE PROCESSUS DE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE :

A. Je souscris à la protection décrite dans les Options de protection. Je reconnais avoir reçu et lu la description des protections figurant sur le présent Certificat et j'accepte par la présente ces dispositions. Je reconnais que, lorsqu'aucune Prime ni durée de protection n'est indiquée dans les Options de protection, je ne suis pas assuré pour ce type de protection.

B. Si je souscris la protection d'assurance invalidité, je confirme que je suis un Employé permanent) tel que défini à la section 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 l'annulation de ma protection.

D. Je déclare et certifie que l'adresse postale et l'adresse courriel que j'ai fournies à la page un du présent Certificat sont exactes et que j'aviserai la CAFC de tout changement à mon adresse postale ou à mon adresse courriel. Je reconnais et j'accepte que tout avis, tout document ou toute autre communication envoyé par la CAFC à l'adresse postale ou électronique, selon le cas, que j'ai indiquée à la première page du présent Certificat, ou à toute autre adresse postale ou électronique que j'aurai communiquée à la CAFC comme étant mon adresse actuelle, sera réputé m'avoir été remis.

E. 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.

F. La protection prend effet à la Date d'entrée en vigueur (telle que définie à la section 1, « Définitions »), pourvu que le Paiement périodique initial indiqué dans l'Entente de prélèvement automatique ait été reçu. La CAFC n'émettra pas le présent Certificat tant que le Paiement périodique initial n'aura pas été reçu.

G. 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 par lesquels je suis couvert.

H. 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 conformément à ces dispositions.

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 et des taxes applicables payées. Je comprends que si je résilie la protection durant cette période de 30 jours, la protection sera reconnue comme n'ayant jamais pris effet.

J. On m'a offert la possibilité d'acheter tous les types de protection offerts par le présent Certificat, tels qu'indiqués à la section Options de protection, et j'ai volontairement choisi la protection sélectionnée à la page un du présent Certificat.

K. Je comprends que les paiements de la Prime et des taxes applicables seront effectués par prélèvement automatique, conformément à l'Entente de prélèvement automatique (PA) figurant dans le présent Certificat.

L. Je consens à recevoir tout avis, document et autres communications livré, remis ou fourni par la CAFC en lien avec le présent Certificat de façon électronique à l'adresse courriel que j'ai fournie à la page un du présent Certificat, sous réserve des limitations en vertu des lois applicables. Je reconnais que je peux retirer ce consentement à tout moment en fournissant un avis écrit à la CAFC en utilisant l'adresse postale ou l'adresse courriel de la CAFC indiquée à la page un du présent Certificat.

M. J'ai expressément demandé que le présent Certificat, ainsi que toute communication, tout document et tout avis s'y rattachant, me soient fournis en anglais. Conformément à la Loi sur la langue officielle et commune du Québec (projet de loi 96), je reconnais que le présent Certificat m'a d'abord été présenté en français, suivi de la version anglaise. I have expressly requested that this Certificate, together with all related communications, documents, and notices, be provided to me in English. In accordance with *An Act respecting French, the official and common language of Québec* ("Bill 96"), I acknowledge that this Certificate was first presented to me in French, followed by the English version.

JE CONFIRME AVOIR EU ACCÈS À TOUTES LES PAGES DU PRÉSENT CERTIFICAT ET AVOIR EU SUFFISAMMENT DE TEMPS POUR L'EXAMINER DANS SON INTÉGRALITÉ ET POSER DES QUESTIONS AVANT DE LE SIGNER ÉLECTRONIQUEMENT. JE CONFIRME AVOIR LU ET PARFAITEMENT COMPRIS L'ENSEMBLE DES CONDITIONS GÉNÉRALES DU PRÉSENT CERTIFICAT, Y COMPRIS LES EXCLUSIONS DE PROTECTION POUR TOUTE MALADIE, AFFECTION OU ÉTAT PHYSIQUE PRÉEXISTANT SURVENU DANS LES 24 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR, QUI POURRAIENT LIMITER OU INVALIDER MA DEMANDE DE RÈGLEMENT. EN COMPLÉTANT LE PROCESSUS DE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE, J'AUTORISE L'ACHAT DE LA PROTECTION CHOISIE. JE COMPRENDS QU'AUCUNE DÉCLARATION OU PROMESSE VERBALE NE PEUT MODIFIER LES MODALITÉS DU PRÉSENT CERTIFICAT, SAUF CONFIRMATION ÉCRITE DE LA PART DE LA CAFC.

LE PRÉSENT CERTIFICAT DOIT ÊTRE ENTIÈREMENT ET LISIBLEMENT REMPLI.

1. DÉFINITIONS

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

« Assuré » désigne le Client seulement, le Cosignataire seulement ou le Client et le Cosignataire conjointement, selon ce qui 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 Client et Cosignataire dans le présent Certificat sont distinctes de toute désignation comparable dans le Contrat de financement et peuvent ne pas correspondre à celle-ci.

« CAFC » désigne la Corporation d'assurance First Canadian.

« Certificat » désigne le présent formulaire de 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 le Créancier garanti et le Client, 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 par le Montant financé.

« Date d'entrée en vigueur » désigne la dernière des dates suivantes (a) a date du Contrat de financement, (b) a date à laquelle les fonds sont versés par le Créancier garanti en vertu du Contrat de financement, ou (c) la Date de la demande, à condition que le Paiement périodique initial ait été reçu par la CAFC.

« Date de la demande » désigne la plus tardive des dates auxquelles chaque Assuré a complété le processus de signature électronique de la présente Demande.

« Durée maximale » désigne les durées maximales de protection suivantes :

(a) à l'égard des protections d'assurance vie, Mutilation et 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 Emploi 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 Emploi saisonnier, la personne doit travailler au moins 25 heures par semaine pendant au moins 13 semaines consécutives dans l'année immédiatement avant 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.

« Emploi 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 Emploi 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.

« 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 et qui est assujetti 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 invalidité.

« Maladie, affection ou état physique préexistant » désigne une maladie, une affection ou un état physique, ou mental, 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 immédiatement avant 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 T1N0M0;
(vii) maladie de Hodgkin de stade 1;
(viii) cancer du colon de stade A;
(ix) carcinome intracalaire du sein non infiltrant;
(ix) 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 coeur).

(c) Accident vasculaire cérébral (AVC) : Diagnostic d'un accident cardiovasculaire émanant d'un déficit neurologique permanent et mesurable, pour lequel 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 extracrânienne. 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 coeur 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) Paralysie : 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 complet 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 oeil.

« Paiement périodique » désigne chaque paiement périodique de la Prime et des taxes applicables, dû en vertu du présent Certificat en vertu de la protections en vigueur au moment du prélèvement.

« Paiement périodique initial » désigne le premier versement de la Prime et des taxes applicables requis pour que la protection prévue par le présent Certificat prenne effet.

« Période d'attente » désigne le nombre de jours consécutifs qui suivent la date où l'Invalidité totale a commencé et après lequel les Prestations invalidité deviennent payables, tel qu'indiqué à la section Options de protection.

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

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

(a) le Paiement mensuel assuré tel qu'indiqué à la section Options de protection;

(b) le montant mensuel requis pour amortir le Montant financé, 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 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.

EXEMPLE

« Prestation 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 une location, la valeur actualisée des paiements à effectuer pendant la Durée de l'assurance, plus la valeur actualisée de toute Valeur finale impayée;

(b) le Montant financé amorti, compte tenu du calendrier standard de l'amortissement sur la Période d'amortissement du Contrat de financement.

La « **Prestation 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 financé est supérieur à la Protection maximale, la « **Prestation vie** » sera calculée comme si le Montant financé était égal à la Protection maximale.

Il est entendu que la « **Prestation 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.

« Prime » désigne le montant total de la prime due au titre des protections d'assurance choisies dans le cadre du présent Certificat, tel qu'indiqué dans les Options de protection, toutes taxes applicables exclues.

« Protection maximale » désigne les montants suivants :

(a) à l'égard du montant combiné de la protection d'assurance vie, Mutilation et Maladies graves fournie par la CAFC au titre de tous les certificats d'assurance créance collective par lesquels vous êtes couvert :

(i) 250 000 $ si vous êtes âgé de 18 à 59 ans à la Date d'entrée en vigueur; ou

(ii) 150 000 $ 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 fournie par la CAFC au titre de tous les certificats d'assurance créance collective par lesquels vous êtes couvert, 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, qui n'est pas vous ou qui n'a aucun lien avec vous.

« **TAP** » veux dire « Taux Annuel en Pourcentage » et désigne le coût d'emprunt décrit dans le Contrat de financement.

« 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, telle qu'indiquée 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 sous-titres mentionnés dans la définition de Maladies graves, ne sont utilisés qu'à titre d'information et n'ont aucune incidence sur la langue, la portée ou l'intention du présent Certificat.

SAMPLE

2. ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES COUVERTES

Vous serez admissible à la protection seulement si, à la Date d'entrée en vigueur, vous êtes une Personne physique, vous vous êtes engagé dans un Contrat de financement, vous avez rempli la section Options de protection et le Paiement périodique initial a été reçu par la CAFC.

Il demeure entendu que l'Assuré peut inclure un garant du Contrat de financement, pour autant que ce garant soit une Personne physique, fasse partie du Contrat de financement et soit autrement admissible à la protection.

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

Dans le cas des protections d'assurance invalidité, à la Date d'entrée en vigueur vous devez : (a) être âgé de 18 à 65 ans, et (b) être un Employé permanent.
Si une portion de la Prime est perçue auprès d'une personne inadmissible, la responsabilité de la CAFC sera limitée à la restitution de cette portion de la Prime.

3. PROTECTION D'ASSURANCE VIE ET MUTILATION

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

4. PROTECTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Si la protection d'assurance Maladies graves est sélectionnée, la CAFC versera la Prestation vie à compter de la date où vous êtes diagnostiqué d'une Maladie grave par un Spécialiste.

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

5. PROTECTION D'ASSURANCE INVALIDITÉ

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

Si la protection Période critique de 12 mois a été élue, la CAFC ne versera pas plus de 12 paiements de Prestations invalidité pendant la Durée de l'assurance.

Si la protection Période critique de 24 mois a été élue, la CAFC ne versera pas plus de 24 paiements de Prestations invalidité pendant la Durée de l'assurance.

Si vous avez élu une Période d'attente 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, affection ou état physique séparées par un mois d'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 invalidité.

Si le Client et le Cosignataire couverts conjointement par le présent Certificat font l'expérience d'une Invalidité totale en même temps, la CAFC ne versera qu'un seul montant équivalent à la Prestation invalidité.
Si un montant est payable pour une période inférieure à un mois, la Prestation invalidité sera calculée au prorata.

6. EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

6.1 Exclusions - Généralités

La CAFC n'encourra aucune responsabilité (sauf pour le remboursement des primes non acquises) lorsque vous n'êtes pas admissible à la protection élue ou pour un décès, une Mutilation, une Maladie grave ou une Invalidité totale qui est le résultat de, qui est causé par ou auquel contribue, directement ou indirectement, l'un des facteurs suivants :

(a) 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;
(b) 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;
(c) guerre ou tout acte de guerre, déclaré ou non;
(d) acte terroriste;
(e) toute éclosion de type pandémique, déclarée ou non;
(f) suicide ou blessure volontairement auto-infligée, que vous ayez été sain d'esprit ou non, dans les 24 mois de la Date d'entrée en vigueur, sauf, à l'égard de la protection d'assurance vie, lorsque le suicide est causé par une aide médicale à mourir 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;

(g) conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies par la drogue ou l'alcool au-delà de la limite légale;
(h) participation à un acte criminel, y compris toute utilisation illégale de drogues;
(i) prise intentionnelle d'un gaz toxique ou d'une substance toxique de toute nature;
(j) 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 titulaires de licence);
(k) 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;
(l) 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
(m) 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 habilité.

La CAFC n'encourera aucune responsabilité pour les Invalidités totales causées par, ou auxquelles contribue, directement ou indirectement, une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse.

6.2 Exclusions - Protection d'assurance Maladies graves

Une Prestation vie pour une Maladie grave ne sera pas versée dans le cas de l'une ou l'autre des raisons suivantes :
(a) vous ne survivez pas les 30 jours suivant le diagnostic de la Maladie grave;
(b) vous présentez les symptômes d'un cancer ou vous êtes diagnostiqué d'un cancer dans les 90 jours suivant immédiatement la Date d'entrée en vigueur; ou
(c) la même Maladie grave, ou une Maladie grave similaire, y compris un état contributif à celle-ci, a été diagnostiquée avant la Date d'entrée en vigueur.

6.3 Restrictions

(a) La Prestation vie est limitée à la Protection maximale. Si vous êtes couvert par la CAFC au titre de plus d'un certificat d'assurance créance collective, la Prestation vie sera réduite de manière à ce que le montant global à verser par la CAFC au moment de votre décès, votre Mutilation ou votre Maladie grave en vertu de tous les certificats d'assurance créance collective n'excède pas la Protection maximale.
(b) La Prestation vie pourrait ne pas couvrir le Montant financé. Par exemple, lorsque le Montant financé au titre 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 vie pourrait ne pas couvrir entièrement vos obligations au titre du Contrat de financement.
(c) Une seule Prestation vie est exigible au titre du présent Certificat. Si vous avez reçu une Prestation vie suite à une Maladie grave, aucune Prestation vie ne vous sera versée pour votre décès ou votre Mutilation.
(d) Les Prestations invalidité sont limitées à la Protection maximale et à la Durée maximale. Si vous êtes couvert par la CAFC au titre de plus d'un certificat d'assurance créance collective, les Prestations invalidité seront réduites de manière à ce que le montant global à verser par la CAFC au moment de votre Invalidité totale en vertu de tous les certificats d'assurance créance collective n'excède pas la Protection maximale.
(e) Les Prestations invalidité pourraient ne pas couvrir le Montant financé. Par exemple, si le Montant financé en vertu du Contrat de financement ou le Paiement mensuel assuré est plus élevé que la Protection maximale, ou si la Durée du contrat de financement est supérieure à la Durée de l'assurance ou si l'option de paiement partiel a été choisie ou si la Période critique de 12 mois a été élue, ou la Période critique de 24 mois, a été élue, les Prestations 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.
(f) Lorsqu'une Invalidité totale excède 12 mois consécutifs, les Prestations invalidité ne seront versées que si la maladie, l'affection ou l'état physique (i) vous empêche d'exécuter les tâches de tout poste contre rémunération ou profit selon votre éducation, formation ou votre expérience, et (ii) est assujetti aux soins réguliers et périodiques d'un médecin indépendant.
(g) Dans le cas d'une ou plusieurs Invalidités totales qui sont le résultat de, qui sont causées par ou auxquelles contribue, directement ou indirectement, 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 invalidité sont limitées à six mois. Il est entendu qu'en aucun cas, plus de six paiements de 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.
(h) Dans le cas d'une ou plusieurs Invalidités totales qui sont le résultat de, qui sont causées par ou auxquelles contribue, directement ou indirectement, une affection ou un trouble du cou ou du dos, y compris, mais sans s'y limiter, la colonne lombaire, thoracique ou cervicale, les Prestations invalidité sont limitées à deux mois, sauf si vous êtes assujetti 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 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 assujetti aux soins d'un des Spécialistes susmentionnés.
(i) En cas de décès causé par une aide médicale à mourir exécuté en conformité avec les lois du Canada, la CAFC ne paie la Prestation vie qu'à la date à laquelle le décès était susceptible de se produire naturellement si la mort n'avait pas été causée par l'aide médicale à mourir, qui est la date à déterminer par un médecin habilité.
(j) Si la Période critique de 12 mois ou la Période critique de 24 mois a été élue, le montant total des Prestations invalidité versées pendant la Durée de l'assurance n'excédera pas 12 ou 24 fois le Paiement mensuel assuré respectivement, tel qu'indiqué dans la section Options de protection.
(k) Advenant toute déclaration frauduleuse de votre part concernant votre santé à la Date de la demande, dans la mesure où de telles déclarations frauduleuses sont, directement ou indirectement, relatives à une maladie, une affection ou un état physique ou mental entrainant une demande de règlement, la CAFC se réserve le droit de résilier votre assurance et de conserver toute la Prime.

7. FIN DE LA PROTECTION

La protection offerte dans le cadre du présent Certificat prendra 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) en cas de non-paiement d'une Prime ou d'un Paiement périodique dû, la date de résiliation indiquée dans l'avis de résiliation écrit qui vous aura été transmis électroniquement à l'adresse courriel figurant à la première page du présent Certificat (ou à toute autre adresse courriel mise à jour que vous aurez communiquée à la CAFC) ou qui vous aura été envoyé par courrier par la CAFC.
(c) à l'égard d'un type de protection précis, à la fin de la Durée de l'assurance;
(d) à l'égard d'un type de protection précis, à la fin de la Durée maximale;
(e) à la fin de la Durée du contrat de financement;
(f) la date à laquelle le Contrat de financement est complètement acquitté, réécrit ou révisé, à moins d'une approbation contraire de la CAFC;
(g) la date à laquelle le Créancier garanti a demandé le paiement du montant dû en vertu du Contrat de financement en raison de défaut de paiement;
(h) la date à laquelle le Véhicule, ou tout bien donné en garantie dans le cadre du Contrat de financement, est vendu, repris ou assujetti à une décision judiciaire ou une procédure de faillite, ou la date à laquelle le Créancier garanti 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;
(i) 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;
(j) dans le cas de la protection d'assurance invalidité seulement, la date à laquelle vous prenez votre retraite;
(k) 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 paiements de Prestations invalidité, respectivement, pendant la Durée de l'assurance;
(l) au moment du versement de la Prestation vie par la CAFC; ou
(m) le jour du 73e 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.

8. REMBOURSEMENT DE PRIMES NON ACQUISES

Vous avez droit à un remboursement intégral de la Prime et des taxes applicables payées si vous en faites la demande dans les 30 jours suivant la Date d'entrée en vigueur. Passé ce délai de 30 jours, aucun remboursement n'est dû, sauf si des Primes et des taxes applicables ont été perçues en excédent, auquel cas la CAFC vous remboursera le montant excédentaire de la Prime et des taxes applicables payées, dans la limite des 90 jours précédant la date à laquelle vous avez demandé le remboursement. Afin d'éviter le prélèvement de Primes et de taxes applicables en excédent, vous devez informer la CAFC de tout remboursement anticipé de votre Contrat de financement en utilisant les coordonnées indiquées à la section I. COORDONNÉES de l'Entente de prélèvement automatique (PA) figurant dans le présent Certificat.

EXEMPLE

9. 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 seulement, 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 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 insclaims@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 au Créancier garanti et libérera la CAFC de tout engagement en vertu du présent Certificat.

Demandes de règlement relatives à la protection d'assurance vie, Maladies graves et Mutilation

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 la protection d'assurance vie seulement, s'il n'est pas raisonnablement possible de soumettre un avis de demande de règlement lors de cette période d'un an, cet avis doit être soumis à la CAFC dans un délai raisonnable. En aucun cas l'avis ne peut être reçu plus de trois ans après votre décès.

En vérifiant toute demande de règlement à l'égard de votre décès, Maladie grave ou 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 des circonstances ayant causé ou contribué à votre décès, votre Maladie grave ou votre Mutilation, ainsi qu'une preuve du Créancier garanti selon laquelle le Contrat de financement n'avait pas été acquitté, résilié, réécrit ou révisé avant votre décès, votre Maladie grave ou votre Mutilation.

Demandes 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 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 les circonstances ayant causé ou contribué à votre Invalidité totale, une déclaration détaillée du traitement prescrit, une preuve satisfaisante, de temps à autre, de la continuation de l'Invalidité totale, une preuve du Créancier garanti 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 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 invalidité seront versées mensuellement, à terme échu, à la réception des formulaires nécessaires.

10. 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/.

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, la Loi sur l'assurance, ou autre législation applicable.

Les questions concernant la protection, les demandes de règlement ou les remboursements peuvent être adressées à la CAFC en utilisant les coordonnées indiquées à la section I. COORDONNÉES de l'Entente de prélèvement automatique (PA) figurant dans le présent Certificat.

SAMPLE

First Canadian Insurance Corporation

320 SIOUX ROAD
SHERWOOD PARK, ALBERTA
T8A 3X6
PHONE: 1-800-561-3242
DIRECT: 587-957-1013
EMAIL: PAC@firstcanadian.ca

APPLICATION AND CERTIFICATE OF INSURANCE

GENERAL INFORMATION

CUSTOMER Surname | First Name | Initial | Date of Birth

Address | Apt. No. | City | Province

Postal Code | Home Phone | Work Phone | Customer Email

CO-SIGNER Surname | First Name | Initial | Date of Birth

Address | Apt. No. | City | Province

Postal Code | Home Phone | Work Phone | Co-Signer Email

DEALERSHIP | **DEALER #**

FINANCE CONTRACT INFORMATION

SECURED LENDER | FINANCE CONTRACT DATE (YYYY MM DD)

AMOUNT FINANCED | APR | BALLOON OR RESIDUAL PAYMENT

PAYMENT AMOUNT AND FREQUENCY | FINANCE CONTRACT TYPE (LOAN OR LEASE) | FINANCE CONTRACT TERM/AMORTIZATION PERIOD (IN MONTHS)

VIN

THIRD PARTY DETERMINATION: Check here if you are entering into the Finance Contract or purchasing this Certificate on behalf of a person who is not the Customer or Co-Signer. ☐

SAMPLE

ELECTION OF COVERAGE

LIFE AND DISMEMBERMENT INSURANCE

MAXIMUM COVERAGE AGE 18 - 59 IS $250,000*
MAXIMUM COVERAGE AGE 60 - 69 IS $150,000*
MAXIMUM TERM IS 120 MONTHS

I elect the following coverage:

☐ Customer only ☐ Co-Signer only ☐ Joint coverage
☐ Dismemberment

DECREASING BALANCE TERM LIFE INSURANCE

COVERS THE AMOUNT FINANCED **NOT** INCLUDING THE END VALUE OR ANY PORTION OF THE END VALUE

INSURANCE TERM (IN MONTHS)

RECURRING LIFE PREMIUM
$

END VALUE LIFE INSURANCE

END VALUE INSURED
$

INSURANCE TERM (IN MONTHS)

RECURRING END VALUE LIFE PREMIUM
$

CRITICAL ILLNESS INSURANCE

MAXIMUM COVERAGE AGE 18 - 59 IS $250,000*
MAXIMUM COVERAGE AGE 60 - 69 IS $150,000*
MAXIMUM TERM IS 120 MONTHS

I elect the following coverage:

☐ Customer only ☐ Co-Signer only ☐ Joint coverage

DECREASING BALANCE TERM CRITICAL ILLNESS INSURANCE

COVERS THE AMOUNT FINANCED **NOT** INCLUDING THE END VALUE OR ANY PORTION OF THE END VALUE

INSURANCE TERM (IN MONTHS)

RECURRING CRITICAL ILLNESS PREMIUM
$

END VALUE CRITICAL ILLNESS INSURANCE

END VALUE INSURED
$

INSURANCE TERM (IN MONTHS)

RECURRING END VALUE CRITICAL ILLNESS PREMIUM
$

DISABILITY INSURANCE

MAXIMUM COVERAGE AGE 18 - 65 IS $3,000 PER MONTH
MAXIMUM TERM IS 96 MONTHS
MUST BE PERMANENTLY EMPLOYED
CRITICAL PERIOD - IF ELECTED, A MAXIMUM OF 12 OR 24 DISABILITY BENEFITS WILL BE PAYABLE

I elect the following coverage:

☐ Customer only ☐ Co-Signer only ☐ Joint coverage
☐ Disability ☐ 12-Month Critical Period ☐ 24-Month Critical Period

WAITING PERIOD (IN DAYS)

☐ RETROACTIVE WAITING PERIOD ☐ ELIMINATION WAITING PERIOD

PARTIAL PAYMENT OPTION
_____% (% of payment insured)

INSURED MONTHLY PAYMENT
$

DISABILITY INSURANCE DOES **NOT** COVER THE END VALUE OR ANY PORTION OF THE END VALUE

INSURANCE TERM (IN MONTHS)

RECURRING DISABILITY PREMIUM
$

*Only one Life Benefit is payable under this Certificate

PAYMENT PLAN

RECURRING PAYMENT FREQUENCY	RECURRING PAYMENT		TOTAL	
	PREMIUM	$	PREMIUM	$
	TAX	$	TAX	$
	RECURRING PAYMENT	$	TOTAL PREMIUM INCLUDING TAXES	$

PRE-AUTHORIZED DEBIT (PAD) AGREEMENT

A. AUTHORIZATION

I authorize FCIC, and any payment processor acting on FCIC's behalf, and the financial institution designated below, to debit the bank account provided on this Certificate for the payment of all Recurring Payments under this Certificate. If joint coverage is elected, I acknowledge that the Recurring Payment for all Insureds under this Certificate will be debited from the bank account provided. I agree that, for the purposes of this PAD Agreement, all pre-authorized debits from my account will be treated as personal pre-authorized debits. A photocopy or electronic copy of this authorization shall be as valid as the original.

B. BANKING INFORMATION

ACCOUNT HOLDER NAME(S)

FINANCIAL INSTITUTION NAME | INSTITUTION NUMBER | TRANSIT NUMBER | ACCOUNT NUMBER

I warrant that I am authorized to debit this account and that the information provided is accurate and complete. I agree to notify FCIC of any changes to this banking information.

C. PAYMENT SCHEDULE

I authorize the following payments: Initial Recurring Payment on the Effective Date **THEN**
Recurring Payments on a frequency commencing YYYY MM DD

If a scheduled withdrawal date falls on a weekend or statutory holiday, the debit may be processed on the next business day. In Quebec, Recurring Payments will be scheduled at intervals of at least once annually, in accordance with applicable law.

D. RECURRING PAYMENTS

Each Recurring Payment will consist of the Premium applicable to the coverages in force under this Certificate at the time of withdrawal, plus any applicable taxes. Where different types of coverage have different Insurance Terms, the amount of Recurring Payments may change when the Insurance Term for a particular type of coverage is completed, such that subsequent payments reflect only the Premium and applicable taxes for the coverage that remains in force. Applicable taxes are determined based on my province of residence at the time of each Recurring Payment withdrawal and may be adjusted if my province of residence changes. I authorize FCIC to implement any corresponding increases or decreases to the Recurring Payment amount, resulting from changes to coverage in force or applicable tax rates, and I waive any advance notice requirement to the extent permitted by applicable law and applicable Payments Canada rules.

E. RETURNED OR FAILED PAYMENTS

If any debit is returned due to non-sufficient funds or funds not cleared, FCIC may re-submit the debit once on the next scheduled payment date for the same amount as the returned debit. If the re-submitted debit is returned, FCIC will provide notice to me. I acknowledge that I am responsible for any charges imposed by my financial institution in connection with returned debits. FCIC may also charge an administrative service fee of up to $45 per returned debit (or such lesser amount as permitted by applicable law), representing FCIC's reasonable processing and administrative costs. I authorize FCIC to debit any such service fee from the bank account provided under this PAD Agreement.

F. CANCELLATION OF PAD AGREEMENT

This PAD Agreement may be cancelled if any withdrawal is not permitted or is reversed by the financial institution, or upon thirty (30) days' written notice given by me to FCIC or by FCIC to me. I may revoke this PAD authorization at any time by providing written notice to FCIC using the information listed in I. CONTACT INFORMATION of this PAD Agreement. Revocation cancels the payment method only and does not cancel this Certificate or relieve me of my obligation to pay Premiums and applicable taxes by another method acceptable to FCIC. If Premiums remain unpaid, FCIC may terminate coverage in accordance with Section 8. To obtain a sample cancellation form or more information on my right to cancel this PAD Agreement, I may contact my financial institution or visit www.payments.ca.

G. RECOURSE RIGHTS

I have certain recourse rights if any debit does not comply with this PAD Agreement. For example, I have the right to receive reimbursement for any debit that is not authorized or is not consistent with this PAD Agreement, subject to applicable time limits. For information on my recourse rights, I may contact my financial institution or visit www.payments.ca.

H. PRIVACY

I acknowledge that FCIC may collect, use, and disclose my personal information as necessary to administer this PAD Agreement and process payments, in accordance with the Privacy Notice in this Certificate.

I. CONTACT INFORMATION

Notice or information relating to this PAD Agreement may be sent to First Canadian Insurance, Re: PAC Payment Plan, 320 Sioux Road, Sherwood Park, AB T8A 3X6, or by email to PAC@firstcanadian.ca, or by phone at 587-957-1013.

SAMPLE

DISCLOSURE STATEMENT TO CUSTOMER

A. With respect to the coverage provided hereunder, if we accept this application, you will be enrolled in a policy of group insurance and this Certificate is evidence of that coverage. All coverage under this Certificate will be provided by FCIC.

B. The Dealership represents FCIC in arranging this coverage. The Dealership will receive a commission from FCIC in respect of this transaction. You are not obligated to purchase this Certificate or any further insurance or products from FCIC or the Dealership.

C. All benefits payable under this Certificate are subject to the terms, conditions, exclusions, and limitations contained in this Certificate.

D. **This Certificate contains a provision removing or restricting the right of the Insured to designate persons to whom or for whose benefit insurance money is to be payable.**

E. This Certificate may not cover the Amount Financed. In no circumstance will FCIC's obligation to you exceed the Maximum Coverage (as defined in section 1, "Definitions") and coverage will be reduced to ensure that such threshold is not exceeded in any circumstance.

F. **PRIVACY NOTICE**: FCIC collects personal information during the insurance application process to verify your identity, evaluate insurance risk, set premiums, market our products, administer coverage, and investigate claims. This information is stored in a confidential file at FCIC's offices or with authorized service providers, including payment processors, engaged by FCIC. Access to your personal information is restricted to necessary FCIC personnel and authorized parties, and is used for purposes as outlined in our Privacy Policy, available at www.home.firstcanadian.ca/privacy-policy/. Personal information may be disclosed to your Secured Lender and shared with third parties including healthcare providers, employers, and investigative agencies, as necessary for insurance processing and claim assessments. Disclosure is also made where required by law, including to comply with foreign laws applicable to service providers outside Canada. You have the right to access and correct your personal information. Requests can be made in writing to FCIC's Privacy Officer. We retain personal information only as long as necessary for the purposes collected or as required by law. For further details about our personal information policies and practices, contact FCIC's Privacy Officer.

CUSTOMER ACCEPTANCE AND APPROVAL

TO BE READ AND UNDERSTOOD BY THE CUSTOMER AND CO-SIGNER BEFORE COMPLETING THE ELECTRONIC SIGNING PROCESS:

A. I apply for the coverage set out in the Election of Coverage. I acknowledge that I have received and read the description of the coverages that appear on this Certificate and hereby accept these provisions. I acknowledge that where there is no Premium or coverage term indicated in the Election of Coverage, I am not insured for that type of coverage.

B. If I am applying for disability insurance coverage, I confirm that I am Permanently Employed (as defined in section 1, "Definitions").

C. I certify that the information I provided is true and complete, and I understand that any false or incomplete information provided by me in respect of this coverage may cause my coverage to be voided.

D. I represent and warrant that the address and email address I have provided on page seven of this Certificate are accurate in all respects and that I will provide FCIC with notice of any change in my address or email address. I acknowledge and agree that I will be deemed to have received any notice, documents or other communications delivered by FCIC to the address or email address, as applicable, I have provided on page seven of this Certificate or to any other address or email address that I notify FCIC is my then current address or email address.

E. In the event of my death, I authorize the release to FCIC of my medical records, including (but not limited to) a statement of benefits paid from a Provincial or Territorial health care provider.

F. Coverage begins on the Effective Date (as defined in section 1, "Definitions"), provided that the Initial Recurring Payment disclosed in the Pre-Authorized Debit (PAD) Agreement has been received. FCIC will not issue this Certificate until the Initial Recurring Payment has been received.

G. If I have other coverage with FCIC, I understand the Maximum Coverage limits apply to the combined amounts of coverage provided by FCIC under all certificates of creditor group insurance covering me.

H. I have read the Privacy Notice on page eight of this Certificate and consent to the collection, use and disclosure of my personal information in accordance therewith.

I. I understand that coverage is voluntary and that I have 30 days from the Effective Date to cancel coverage for a full refund of the Premium and applicable taxes paid. I understand that if I cancel coverage within such 30 day period, coverage will be deemed not to have been in effect.

J. I have been offered the option to purchase all types of coverage offered by this Certificate, as outlined in the Election of Coverage, and have willingly chosen the coverage elected on page seven of this Certificate.

K. I understand that payments for Premium plus applicable taxes will be made by pre-authorized debit in accordance with the Pre-Authorized Debit (PAD) Agreement in this Certificate.

L. I consent to receiving any notices, documents and other communications to be delivered, given or provided by FCIC in connection with this Certificate electronically, at the email address provided by me on page seven of this Certificate, subject to limitations set out in applicable law. I acknowledge that I may withdraw this consent at any time by providing notice in writing to FCIC using FCIC's address or email address set out on page seven of this Certificate.

M. I have expressly requested that this Certificate, together with all related communications, documents, and notices, be provided to me in English. In accordance with *An Act respecting French, the official and common language of Québec* ("Bill 96"), I acknowledge that this Certificate was first presented to me in French, followed by the English version. J'ai expressément demandé que le présent Certificat, ainsi que toute communication, tout document et tout avis s'y rattachant, me soient fournis en anglais. Conformément à la Loi sur la langue officielle et commune du Québec (projet de loi 96), je reconnais que le présent Certificat m'a d'abord été présenté en français, suivi de la version anglaise.

I CONFIRM THAT I HAVE RECEIVED ACCESS TO ALL PAGES OF THIS CERTIFICATE AND HAVE HAD A REASONABLE OPPORTUNITY TO REVIEW IT IN FULL AND TO ASK QUESTIONS BEFORE SIGNING ELECTRONICALLY. I CONFIRM THAT I HAVE REVIEWED AND FULLY UNDERSTOOD ALL TERMS AND CONDITIONS OF THIS CERTIFICATE, INCLUDING EXCLUSIONS OF COVERAGE FOR ANY PRE-EXISTING ILLNESS, DISEASE, OR PHYSICAL CONDITION WITHIN 24 MONTHS OF THE EFFECTIVE DATE, WHICH MAY LIMIT OR INVALIDATE MY CLAIM. BY COMPLETING THE ELECTRONIC SIGNING PROCESS, I AUTHORIZE THE PURCHASE OF THE COVERAGE ELECTED. I UNDERSTAND THAT NO ORAL STATEMENT OR REPRESENTATION CHANGES THE TERMS OF THIS CERTIFICATE UNLESS CONFIRMED IN WRITING BY FCIC.

THIS CERTIFICATE MUST BE ENTIRELY AND LEGIBLY COMPLETED

1. DEFINITIONS

Unless otherwise defined in this Certificate, capitalized terms used in this Certificate have the meaning indicated on page seven or as set out below:

"Application Date" means the later of the dates on which each Insured completes the electronic signing process for this Application.

"APR" stands for "Annual Percentage Rate", which means the cost of borrowing disclosed in the Finance Contract.

"Certificate" means this application and certificate of insurance, including these terms and conditions.

"Civil Code" means the *Civil Code of Québec*, as amended.

"Critical Illness" means diagnosis of any of the following covered conditions, which first occurs after the Effective Date:

(a) Life Threatening Cancer: The new diagnosis of a malignant tumor characterized by uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of tissues, **but not including any one or more of the following**:
   (i) Pre-malignant lesions, benign tumors, or benign polyps;
   (ii) Any skin cancer other than malignant melanoma invading into the dermis greater than a depth of 0.7mm;
   (iii) Chronic lymphocytic leukemia;
   (iv) Kaposi's sarcoma;
   (v) Non-invasive cancer in situ;
   (vi) Early prostate cancer (Stage A or $T_1N_0M_0$);
   (vii) Stage 1 Hodgkin's disease;
   (viii) Stage A colon cancer;
   (ix) Intraductal non-invasive carcinoma of the breast; or
   (x) Stage 0 or 1 transitional cell carcinoma of the urinary bladder.

(b) Heart Attack: The death of a portion of the heart muscle (myocardium) resulting from blockage of at least one of the coronary arteries to the relevant area. Diagnosis must be based on both new electrocardiographic (ECG) changes and elevation of cardiac (heart) enzymes.

(c) Stroke: The diagnosis of a cerebrovascular incident for which you suffer from a permanent, measurable, neurological deficit, for which a Specialist must provide supporting evidence. This incident must be caused by an infarction of brain tissue, hemorrhage, or embolism from an extra-cranial source. Transient Ischemic Attacks (TIA) are specifically excluded.

(d) Major Organ Transplant: The diagnosis of a permanent failure of at least one of your following organs: liver, kidneys, lungs, entire heart, or bone marrow (including bone marrow transplants where your own bone marrow is extracted for treatment and re-infused into you). Your condition must medically warrant transplantation, and you must be accepted into a recognized transplant program (if transplant has not already occurred). Transplantation means the replacement of your malfunctioning organ(s) or tissue, with organ(s) or tissue from a suitable donor under generally accepted medical procedures.

(e) Paralysis: The complete and permanent loss of use of two or more of your limbs as a result of paralysis for a continuous period of 90 days or more. No benefit will be payable if you become paralysed as the result of a self-inflicted injury.

"Disability Benefit" means, during a period of Total Disability, the lesser of the following amounts:

(a) the Insured Monthly Payment as indicated in the Election of Coverage;
(b) the monthly amount required to amortize the Amount Financed assuming a standard amortization schedule over the Amortization Period of the Finance Contract; or
(c) the Maximum Coverage.

For greater certainty, the **"Disability Benefit"** does not include any accrued interest, overdue amounts, missed payments, skipped payments, or late payment charges, nor does it include the End Value or any portion of the End Value. Amortization schedules and present values will be calculated using the APR.

"Dismemberment" means the complete severance of one arm or one leg at or above the wrist or ankle joint, or the complete and irrecoverable loss of the sight of one eye.

"Effective Date" means the later of (a) the Finance Contract Date, (b) the date that funds are advanced by the Secured Lender under the Finance Contract, or (c) the Application Date, provided that the Initial Recurring Payment has been received by FCIC.

"End Value" means the net balance outstanding under the Finance Contract at the end of the Insurance Term including any Balloon or Residual Payment.

"End Value Insured" means the insured portion of the End Value as set out in the Election of Coverage. If no End Value Insured is disclosed in the Election of Coverage, the End Value Insured is zero.

"FCIC" means First Canadian Insurance Corporation.

"Finance Contract" means the loan or lease agreement between the Secured Lender and the Customer or Co-Signer, or both, as the case may be, pursuant to which the Vehicle and associated products, including, but not limited to, extended warranties or additional insurance, if any, as well as any taxes and fees associated with any of the foregoing, were financed for the Amount Financed.

"Initial Recurring Payment" means the first payment of Premium and applicable taxes required to bind coverage under this Certificate.

"Insured" means the Customer only, the Co-Signer only, or the Customer and Co-Signer jointly as set out in the Election of Coverage, provided such person is eligible for coverage. The singular "Insured" includes the plural "Insureds" if there is more than one Insured. "I", "me", "my", "you", and "your" refer to the Insured. For clarity, Customer and Co-Signer designations in this Certificate will be independent of, and may not match, any comparable designation in the Finance Contract.

"Life Benefit" means, on the date of death, Critical Illness, or Dismemberment, the lesser of the following amounts, subject to reduction as provided in this definition:

(a) (i) if the Finance Contract is a loan, the net balance outstanding, or (ii) if the Finance Contract is a lease, the present value of the payments remaining due during the Insurance Term plus the present value of any End Value outstanding; and
(b) the amortized Amount Financed assuming a standard amortization schedule over the Amortization Period of the Finance Contract.

The **"Life Benefit"** will be reduced by the present value on the date of death, Critical Illness, or Dismemberment of the amount, if any, by which the End Value exceeded the End Value Insured on the Effective Date. If the Amount Financed exceeds the Maximum Coverage, the **"Life Benefit"** will be calculated as though the Amount Financed were equal to the Maximum Coverage.

For greater certainty, the **"Life Benefit"** does not include any End Value in excess of the End Value Insured, accrued interest, overdue amounts, missed payments, skipped payments, or late payment charges. Amortization schedules and present values will be calculated using the APR.

"Maximum Coverage" means the following amounts:

(a) with respect to the combined amount of life, Critical Illness, and Dismemberment insurance coverage provided by FCIC under all certificates of creditor group insurance covering you,
   (i) $250,000 if on the Effective Date you are 18 years of age or older, but not yet 60 years of age, or
   (ii) $150,000 if on the Effective Date you are 60 years of age or older, but not yet 70 years of age; and
(b) with respect to the combined amount of disability insurance coverage provided by FCIC under all certificates of creditor group insurance covering you, $3,000 per month.

"Maximum Term" means the following maximum terms of coverage:

(a) with respect to life, Critical Illness, and Dismemberment insurance coverage, 120 months from the Effective Date; or
(b) with respect to disability insurance coverage, 96 months from the Effective Date.

"Natural Person" means one living person, and excludes a corporate body, association, or partnership.

"Permanently Employed" describes a Natural Person who is actively employed in an occupation that generates taxed income (to the extent that income must be reported to the Canada Revenue Agency) and meets the following conditions:

(a) in all cases other than Seasonal Employment, the person must work a minimum of 25 hours per week during each of the following periods, and must have paid employment insurance premiums in connection with the work performed during such periods:
   (i) the 30 days immediately before the Effective Date and the 30 days immediately before the onset of the Total Disability, and
   (ii) any 20 weeks in both the year immediately before the Effective Date and the year immediately before the onset of the Total Disability; or
(b) in the case of Seasonal Employment, the person must work a minimum of 25 hours per week for at least 13 consecutive weeks in both the year immediately before the Effective Date and the year immediately before the onset of the Total Disability, and must have paid employment insurance premiums in connection with the work performed during such periods.

SAMPLE

"Pre-existing Illness, Disease, or Physical Condition" means any illness, disease, or physical or mental condition for which any medical advice, treatment, service, prescribed medication, diagnosis, or consultation (including consultation to investigate or diagnose where a diagnosis has not yet been made) was obtained or recommended, that you were waiting to obtain, or that a prudent person would have sought during the six month period immediately before the Effective Date. An illness, disease, or physical condition is a **"Pre-existing Illness, Disease, or Physical Condition"** irrespective of whether it was disclosed by you in any application for coverage or any verbal declaration to any party.

"Premium" means the total premium payable for the insurance coverages elected under this Certificate, as disclosed in the Election of Coverage, exclusive of applicable taxes.

"Recurring Payment" means each recurring payment of Premium plus applicable taxes payable under this Certificate in respect of the coverages in force at the time of withdrawal.

"Seasonal Employment" means employment in an industry in which the practice is to regularly layoff or terminate employees and call them back to work during specific, identifiable, and predictable periods of time each calendar year due to seasonal changes in the weather or due to other natural factors that limit the availability of work. For clarity, Seasonal Employment does not include work stoppages caused by unanticipated factors such as work shortages, plant shutdowns, or labour disputes.

"Specialist" means a medical doctor who is certified in a medical or surgical specialty, is in good standing, is licensed in and practicing in Canada, and is not you or related to you.

"Total Disability" means a medically determinable illness, disease, or physical condition that prevents you from performing the duties of your occupation for remuneration or profit and that is subject to the regular and periodic care of an independent physician. Lack of work, or a significant reduction in work, in the field in which you have training, education or experience, including, but not limited to, as a result of increased automation, does not qualify as having a **"Total Disability"** or entitle you to Disability Benefits.

"Vehicle" means the vehicle to which the Finance Contract applies.

"Waiting Period" means the number of consecutive days following the date that your Total Disability commenced after which Disability Benefits become payable as set out in the Election of Coverage.

The sections and headings used in this Certificate, including any sub-headings in the definition of Critical Illness, are used for convenience only and do not in any way affect the meaning of the language in this Certificate or its scope or intent.

2. ELIGIBILITY OF PERSONS COVERED

You will be eligible for coverage only if on the Effective Date you are a Natural Person, have entered into a Finance Contract, have completed the Election of Coverage, and the Initial Recurring Payment has been received by FCIC.

For greater certainty, the Insured may include a guarantor of the Finance Contract, so long as such guarantor is a Natural Person, is a party to the Finance Contract, and is otherwise eligible for coverage.

In the case of life, Dismemberment, or Critical Illness insurance coverage, on the Effective Date you must be 18 years of age or older, but not yet 70 years of age.

In the case of disability insurance coverage, on the Effective Date: (a) you must be 18 years of age or older, but not yet 66 years of age, and (b) you must be Permanently Employed.

If a portion of the Premium is collected from an ineligible person, FCIC's liability will be limited to the return of such portion of the Premium.

3. LIFE AND DISMEMBERMENT INSURANCE COVERAGE

If life insurance coverage is elected, FCIC will pay the Life Benefit as at the date of your death. If Dismemberment insurance coverage is elected, FCIC will pay the Life Benefit as at the date of your Dismemberment.

If the deaths or Dismemberments of the Customer and Co-Signer covered jointly by this Certificate occur simultaneously, FCIC will pay only a single amount equal to the Life Benefit.

4. CRITICAL ILLNESS INSURANCE COVERAGE

If Critical Illness insurance coverage is elected, FCIC will pay the Life Benefit as at the date a Specialist diagnoses you with a Critical Illness.

In the event that the Customer and Co-Signer covered jointly by this Certificate have a Critical Illness at the same time, FCIC will pay only a single amount equal to the Life Benefit.

5. DISABILITY INSURANCE COVERAGE

If disability insurance coverage is elected, FCIC will pay the Disability Benefit for so long as you have a continuous Total Disability that exists longer than the Waiting Period. To be eligible for Disability Benefits, you must be Permanently Employed at the onset of any Total Disability.

If the 12-Month Critical Period is elected, FCIC will make no more than 12 Disability Benefit payments during the Insurance Term.

If the 24-Month Critical Period is elected, FCIC will make no more than 24 Disability Benefit payments during the Insurance Term.

If you elected a Retroactive Waiting Period, payment will be calculated from the first day of Total Disability. If you elected an Elimination Waiting Period, payment will be calculated from the day following the Waiting Period. After the Waiting Period, successive periods of Total Disability caused by the same illness, disease, or physical condition separated by less than one month of continuous employment are considered a continuation of the same period of Total Disability and are not subject to a new Waiting Period.

You have a duty to mitigate your losses in the event of a Total Disability. A failure to mitigate such losses may result in a denial of Disability Benefits.

In the event that the Customer and Co-Signer covered jointly by this Certificate have a Total Disability at the same time, FCIC will pay only a single amount equal to the Disability Benefit.

Should an amount be payable for a period shorter than one month, the Disability Benefit will be pro-rated.

6. EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

6.1 Exclusions - General

FCIC will have no liability (except to refund unearned premiums) if you are not eligible for the coverage elected or if the death, Dismemberment, Critical Illness, or Total Disability results from or is caused or contributed to, directly or indirectly, by any of the following:

(a) a Pre-existing Illness, Disease, or Physical Condition, where death, Dismemberment, Critical Illness, or Total Disability occurs within 24 months of the Effective Date;
(b) cosmetic or elected surgery, including complications arising from the surgery, whether occurring prior to or after the Effective Date;
(c) war or any act of war, whether declared or not;
(d) an act of terrorism;
(e) any pandemic-like outbreak, whether declared or not;
(f) suicide or an intentionally self-inflicted injury, whether you are sane or insane, within 24 months of the Effective Date, except, with respect only to life insurance coverage, where the suicide is caused by medical assistance in dying performed in compliance with the laws of Canada and a licensed physician provides evidence that you were likely to die during the Insurance Term;
(g) operation of a motorized vehicle while impaired by drugs or alcohol beyond the legal limit;
(h) participation in a criminal act, including the illegal use of drugs;
(i) the intentional taking of any poisonous gas or substance of any kind;
(j) illness, disease, or death resulting from alcohol or drug use (except the use of drugs legally prescribed by a licensed physician and used in the prescribed dosage and according to the licensed physician's and licensed pharmacist's instructions);
(k) Human Immunodeficiency Virus (HIV or AIDS) or related condition which first manifested itself or was diagnosed prior to the Effective Date;
(l) travel in or descent from any kind of aircraft, except as a fare paying passenger with no duties whatsoever on a commercial flight; or
(m) being negligent or non-compliant in seeking and/or following reasonable medical treatment, consultation, care or services including diagnostic measures as prescribed by a licensed physician.

FCIC will have no liability if the Total Disability results from or is caused or contributed to, directly or indirectly, by pregnancy, childbirth, or termination of pregnancy.

SAMPLE

6.2 Exclusions - Critical Illness Insurance Coverage
A Life Benefit for a Critical Illness will not be paid in the event of any one or more of the following:
(a) you do not survive 30 days following the diagnosis of the Critical Illness;
(b) you present with symptoms of cancer or are diagnosed with cancer within 90 days immediately following the Effective Date; or
(c) the same or similar Critical Illness, including any contributive condition, was diagnosed prior to the Effective Date.

6.3 Limitations
(a) The Life Benefit is limited to the Maximum Coverage. If you are covered by FCIC under more than one certificate of creditor group insurance, the Life Benefit will be reduced such that the combined amount payable by FCIC upon your death, Critical Illness, or Dismemberment under all certificates of creditor group insurance does not exceed the Maximum Coverage.
(b) The Life Benefit may not cover the Amount Financed. For example, if the Amount Financed under the Finance Contract is greater than the Maximum Coverage, or if the Finance Contract Term is greater than the Insurance Term, then the Life Benefit may not fully cover your obligations under the Finance Contract.
(c) Only one Life Benefit is payable under this Certificate. If a Life Benefit has been paid to you in connection with a Critical Illness, no Life Benefit will be payable on your death or Dismemberment.
(d) Disability Benefits are limited to the Maximum Coverage and Maximum Term. If you are covered by FCIC under more than one certificate of creditor group insurance, the Disability Benefit will be reduced such that the combined amount payable by FCIC during the period of Total Disability under all certificates of creditor group insurance does not exceed the Maximum Coverage.
(e) The Disability Benefits may not cover the Amount Financed. For example, if the Amount Financed under the Finance Contract or the Insured Monthly Payment is greater than the Maximum Coverage or the Disability Benefit, or if the Finance Contract Term is greater than the Insurance Term, or if the Partial Payment Option has been elected, or if the 12-Month Critical Period or the 24-Month Critical Period has been elected, then the Disability Benefit may not fully cover your obligations under the Finance Contract. Disability insurance coverage does not cover the End Value or any portion of the End Value and you remain solely responsible for this amount.
(f) After a Total Disability exceeds 12 consecutive months, Disability Benefits will not be paid unless the illness, disease, or physical condition (i) prevents you from performing the duties of any occupation for remuneration or profit within the range of your education, training, or experience, and (ii) is subject to the ongoing regular and periodic care of an independent physician.
(g) In the case of one or more Total Disabilities that result from or are caused or contributed to, directly or indirectly, by nervous, mental, psychological, or psychiatric conditions, including (but not limited to) stress, anxiety, depression, and bi-polar disorders, Disability Benefits are limited to six months. For greater certainty, under no circumstances will more than six Disability Benefit payments be made in aggregate for the full Insurance Term in respect of one or more Total Disabilities resulting from the foregoing.
(h) In the case of one or more Total Disabilities that result from or are caused or contributed to, directly or indirectly, by disease or disorder of the neck or back, including (but not limited to) the lumbar, thoracic, or cervical spine, Disability Benefits are limited to two months unless you are under the care of a Specialist such as a neurologist, neurosurgeon, physiatrist, orthopaedic surgeon, or a rheumatologist. For greater certainty, under no circumstances will more than two Disability Benefit payments be made in aggregate for the full Insurance Term in respect of one or more Total Disabilities resulting from the foregoing if you are not under the care of one of the foregoing Specialists.
(i) In the case of death caused by medical assistance in dying performed in compliance with the laws of Canada, FCIC will pay the Life Benefit as at the date death was likely to have naturally occurred if death had not been caused by medical assistance in dying, which date is to be determined by a licensed physician.
(j) In the case where the 12-Month Critical Period or the 24-Month Critical Period has been elected, the total amount of Disability Benefits payable during the Insurance Term will not exceed 12 times or 24 times the Insured Monthly Payment amount respectively, as indicated in the Election of Coverage.
(k) If you have made any fraudulent misrepresentations regarding your health on the Application Date, to the extent such fraudulent misrepresentation relates, directly or indirectly, to an illness, disease, or physical or mental condition giving rise to a claim, FCIC has the right to void your coverage and retain all of the Premium.

7. TERMINATION OF COVERAGE

Coverage under this Certificate will terminate on the earliest of the following:
(a) the date that FCIC mails a written notification to you that this application for insurance is declined;
(b) in the event of non-payment of Premium or Recurring Payment due, the termination date stated in the written notice of termination delivered electronically to the email address shown on page seven of this Certificate (or any updated email address you have provided to FCIC) or mailed to you by FCIC.
(c) with respect to a particular type of coverage, upon completion of the Insurance Term;
(d) with respect to a particular type of coverage, upon completion of the applicable Maximum Term;
(e) upon completion of the Finance Contract Term;
(f) the date the Finance Contract is fully discharged, rewritten, or revised unless otherwise approved by FCIC;
(g) the date the Secured Lender has demanded payment of the amount then outstanding under the Finance Contract because of default thereunder;
(h) the date that the Vehicle or any other property provided as security under the Finance Contract is sold, repossessed, or becomes subject to a court order or bankruptcy proceeding, or the date the Secured Lender first attempted to seize or repossess the Vehicle or any other property provided as security under the Finance Contract if such efforts were not successful;
(i) the date FCIC receives from the Customer and Co-Signer, if any, written notice to terminate coverage, except that in the event such notice is received within 30 days of the Effective Date, coverage will be deemed not to have been in effect;
(j) in the case of disability insurance coverage only, the date you retire
(k) in the case of disability insurance coverage only, if the 12-Month Critical Period or the 24-Month Critical Period has been elected, when FCIC has made a total of 12 or 24 Disability Benefit payments respectively, during the Insurance Term;
(l) upon FCIC's payment of the Life Benefit; or
(m) upon the eldest Insured reaching age 73.

You have no conversion privileges or other rights upon termination of coverage.

8. REFUND OF UNEARNED PREMIUMS

You are entitled to a full refund of Premium and applicable taxes paid if requested within 30 days of the Effective Date. After the 30-day period, no refund is payable, except where excess Premiums and applicable taxes have been collected, in which case FCIC will refund the excess Premium and applicable taxes paid, up to a maximum of 90 days before the date you requested a refund. In order to avoid collection of excess Premiums and applicable taxes, you must notify FCIC of any early repayment of your Finance Contract using the information listed in I. CONTACT INFORMATION in the Pre-Authorized Debit (PAD) Agreement in this Certificate.

9. CLAIMS

Written notice of claim must be submitted to FCIC within 30 days of the event giving rise to the claim. With respect only to life insurance claims, if it is not reasonably possible to submit notice of claim within such 30 day period, it must be submitted to FCIC as soon as reasonably possible, and in no event more than three years after your death.

Claim forms are available from FCIC by telephoning 1-800-561-3242, by emailing insclaims@firstcanadian.ca, or by writing to the address indicated on page seven of this Certificate. All expenses incurred in connection with providing a notice of claim or a proof of claim will be borne by you.

In every case, the claim payment will be made to the Secured Lender and will completely discharge FCIC's liability under this Certificate.

Life, Critical Illness, and Dismemberment Insurance Claims
In the case of death, Critical Illness, or Dismemberment, proof of claim must be received within one year after the event giving rise to the claim. With respect only to life insurance claims, if it is not reasonably possible to submit proof of claim within such one year period, it must be received by FCIC as soon as reasonably possible, and in no event more than three years after your death.

In verifying any claim in respect of your death, Critical Illness, or Dismemberment, FCIC will be entitled to receive satisfactory proof of your date of birth, proof of death, Critical Illness, or Dismemberment and the circumstances causing or contributing to your death, Critical Illness, or Dismemberment, and proof from the Secured Lender that the Finance Contract had not been paid out, discharged, re-written, or revised before your death, Critical Illness, or Dismemberment.

SAMPLE

Disability Insurance Claims
In the case of Total Disability, proof of claim must be submitted promptly. If proof of claim is received more than 90 days after the event giving rise to the claim, Disability Benefits will be calculated from no earlier than 90 days prior to the date that proof of claim was received. In no event will a proof of claim be considered valid when submitted more than one year after the event giving rise to the claim.

In verifying any claim in respect of your Total Disability, FCIC will be entitled to receive satisfactory proof of your date of birth, proof of the Total Disability and the circumstances causing or contributing to the Total Disability, a detailed statement of the treatment prescribed in respect of the Total Disability, satisfactory proof from time to time of the continuation of the Total Disability, proof from the Secured Lender that the Finance Contract had not been paid out, discharged, re-written, or revised before or during any period of Total Disability, and income tax returns and notices of assessment from the Canada Revenue Agency and from the Ministère de revenu du Québec to verify that you were Permanently Employed and had a Total Disability at all relevant times. FCIC, at its own expense, will have the right and opportunity to have you examined from time to time with respect to the Total Disability by a physician chosen by FCIC. The expense of providing periodic medical updates will be borne by you.

Disability Benefits will be paid monthly in arrears on receipt of the necessary forms.

10. DISPUTES

In the event of a dispute, claim, or controversy arising out of or relating to this Certificate, please contact FCIC directly by telephoning 1-800-561-3242 and asking to speak with a customer service representative. If you are dissatisfied with the response, please refer to the complaints resolution process available at home.firstcanadian.ca/complaints/.

Every action or proceeding against an insurer for the recovery of insurance money payable under the contract is absolutely barred unless commenced within the time set out in the Civil Code, or other applicable legislation.

Questions about coverage, claims or refunds may be submitted to FCIC using the information listed in I. CONTACT INFORMATION in the Pre-Authorized Debit (PAD) Agreement in this Certificate.

SAMPLE

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)

NOTICE OF RESCISSION OF AN INSURANCE CONTRACT

NOTICE GIVEN BY A DISTRIBUTOR

Section 440 of the Act respecting the distribution of financial products and services (chapter D-9.2)

THE ACT RESPECTING THE DISTRIBUTION OF FINANCIAL PRODUCTS AND SERVICES GIVES YOU IMPORTANT RIGHTS.

The Act allows you to rescind an insurance contract, **without penalty**, within 10 days of the date on which it is signed. However, the insurer may grant you a longer period.

To rescind the contract, you must give the insurer notice, within that time, by registered mail or any other means that allows you to obtain an acknowledgement of receipt.

Despite the rescission of the insurance contract, the first contract entered into will remain in force. Caution, it is possible that you may lose advantageous conditions as a result of this insurance contract; contact your distributor or consult your contract.

After the expiry of the applicable time, you may rescind the insurance contract at any time; however, penalties may apply.

For further information, contact the Autorité des marchés financiers at 1-877-525-0337 or visit www.lautorite.qc.ca.

NOTICE OF RESCISSION OF AN INSURANCE CONTRACT

To: **First Canadian Insurance Corporation**
320 Sioux Road, Sherwood Park, AB T8A 3X6

Date: _____
(Date of sending of notice)

Pursuant to section 441 of the *Act respecting the distribution of financial products and services,* I hereby rescind insurance contract no.: _____
(Application of Insurance # , if indicated)

Entered into on: _____
(Date of signature of contract)

In: _____
(Place of signature of contract)

_____ _____
(Name of Customer/Borrower - please print) (Signature of Customer/Borrower)

_____ _____
(Name of Co-Signer/Co-Borrower - please print) (Signature of Co-Signer/Co-Borrower)

La Corporation d'assurance First Canadian

320 Sioux Road, Sherwood Park, Alberta T8A 3X6

- **Sans frais :** 1 800 561-3242 • **Local :** 780 467-9575
- **Courriel :** 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**

First Canadian Insurance Corporation

320 Sioux Road, Sherwood Park, Alberta T8A 3X6

- **Toll Free:** 1-800-561-3242 • **Local:** 780-467-9575
- **Email:** insurance@firstcanadian.ca • **AMF License #:** 2000737570

More information about our obligations to you can be found on the Autorité des marchés financiers' website: **www.lautorite.qc.ca**