

ATTESTATION D'ASSURANCE ASSUR-PAIEMENT^{MC}

Carte de crédit Visa* Banque Laurentienne
Contrat d'assurance-crédit collective 9000-V

› Garanties d'assurance vie, décès et mutilation
accidentels, invalidité et perte d'emploi

Assureur



Industrielle Alliance, Assurances et services
financiers inc.
2200, avenue McGill College
Montréal (Québec) H3A 2S6
Tél.: 1 800 361-6002
Télécopieur: 514 499-3773

Émetteur de la carte de crédit & distributeur de l'assurance



Banque Laurentienne du Canada
1360, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 600
Montréal (Québec) H3G 0E5
Tél.: 1 800 252-1846



Conservez précieusement cette attestation d'assurance et votre lettre de bienvenue.

Ces documents constituent votre contrat d'assurance. Ils décrivent en détail vos protections en cas de décès, d'invalidité ou de perte d'emploi et vous indiquent de quelle manière faire une réclamation.

Portez attention aux définitions.

Les **mots en gras et italique** ont un sens bien précis.

Lisez l'article 1. *Définitions* pour bien comprendre vos protections.

POUR NOUS JOINDRE

Renseignements généraux : 1 800 252-1846
Si vous désirez obtenir des renseignements additionnels sur cette assurance ou sur tout autre produit ou service offert par la Banque Laurentienne.
Faire une réclamation : 1 800 361-6002
Veuillez aussi lire l'article 7. <i>Demandes de prestations</i> pour connaître les délais et la procédure applicable.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES, APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES D'ASSURANCE

Aux fins de cette attestation, la forme masculine comprend le féminin, à moins qu'une signification différente ne soit requise du contexte. En outre, le singulier doit inclure le pluriel si nécessaire.

1. DÉFINITIONS

À moins d'indication contraire, les termes utilisés aux présentes conservent leur signification habituelle. Toutefois, les termes en **gras et en italique** dans le présent document ont la signification suivante :

Accident : atteinte corporelle constatée par un **médecin** et résultant directement, indépendamment de toute **maladie** ou autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette atteinte doit survenir pendant que l'assurance est en vigueur.

Assureur : Industrielle Alliance, Assurances et services financiers inc.

Carte de crédit : carte de crédit Visa Banque Laurentienne agréée pour les besoins de la présente assurance par le **titulaire du contrat** et l'**assureur** et indiquée dans la lettre de bienvenue accompagnant la présente attestation.

Compte de crédit : crédit variable accordé à une ou plusieurs personnes physiques à titre de titulaire(s) de la **carte de crédit**.

Congé : vacances avec ou sans paie ou congé sans solde accordé par l'employeur à la demande de la **personne assurée**, congé de **maladie**, congé de maternité ou d'adoption, congé parental ou congé de circonstance (décès, mariage, déménagement, exercice des fonctions de juré).

Date du relevé de compte : date du relevé figurant sur le relevé de compte mensuel envoyé au **titulaire principal** du **compte de crédit**.

Emploi autonome : emploi pour lequel la **personne assurée** travaille à titre de **travailleur autonome**.

Emploi saisonnier : emploi qui, en raison de sa nature, n'est exercé que durant certaines périodes et qui procure du travail pendant moins de neuf mois par année.

Financement à paiement reporté : achat d'un bien ou d'un service effectué au moyen de la **carte de crédit** et pour lequel le remboursement est différé pour une période déterminée au moment de l'achat, dans la mesure où il est indiqué sur le relevé de **compte de crédit**.

Financement par remboursements égaux : achat d'un bien ou d'un service effectué au moyen de la **carte de crédit** et dont le coût est remboursable par l'entremise de paiements mensuels égaux et consécutifs déterminés au moment de l'achat, dans la mesure où il est indiqué sur le relevé de **compte de crédit**.

Invalidité :

- a) pour la **personne assurée** qui a effectué un **travail rémunéré** au cours de chacune des 4 dernières semaines qui précèdent le début de l'invalidité, état d'incapacité qui résulte d'une **maladie** ou d'un **accident**, qui exige des soins médicaux continus et qui :
- › pendant les 12 premiers mois empêche complètement la **personne assurée** d'accomplir chacune des tâches habituelles de sa fonction principale ;
 - › s'il persiste durant plus de 12 mois, empêche complètement la **personne assurée** de se livrer à tout travail, disponible ou non dans la région où elle est domiciliée, lui permettant de toucher au moins 60 % du salaire régulier qu'elle recevait au début de son invalidité.
- b) pour toute autre **personne assurée**, un état d'incapacité qui résulte d'une **maladie** ou d'un **accident** qui exige des soins médicaux continus et qui l'empêche d'exercer chacune des activités normales d'une personne du même âge.

La **maladie** ou les blessures résultant de l'**accident** ainsi que l'incapacité de la **personne assurée** doivent être constatées par un **médecin**.

Maladie : toute détérioration de la santé requérant des soins continus et curatifs prodigués activement par un **médecin**.

Médecin : personne légalement accréditée et autorisée à pratiquer la médecine et qui pratique dans le champ de son accréditation.

Personne assurée :

- › le **titulaire principal** qui rencontre les critères d'admissibilité à l'assurance prévus à l'article 2. *Critère d'admissibilité* à l'assurance et qui a adhéré à l'assurance conformément à l'article 3. *Adhésion et début de l'assurance* ; et
- › toute autre personne physique au nom de laquelle le **compte de crédit** est établi, en plus du **titulaire principal** ayant adhéré à l'assurance, et qui répond aux critères d'admissibilité à l'assurance prévus à l'article 2. *Critères d'admissibilité* à l'assurance.

Perte de l'usage ou mutilation : sectionnement définitif d'un membre ou perte totale et définitive de son usage. Par « perte d'un œil », on entend la perte totale et définitive de la vue d'un œil. Par « perte d'une main ou d'un pied », on entend la perte totale et définitive de l'usage d'une main ou d'un pied, y compris l'articulation du poignet ou de la cheville.

Perte d'emploi : perte involontaire d'un emploi permanent et non saisonnier, d'au moins 20 heures rémunérées par semaine, et assurable selon Emploi et Développement social Canada, c'est-à-dire qui exige le

versement de cotisations au régime d'assurance-emploi. De plus, la **personne assurée** doit avoir exercé cet emploi pour le même employeur durant au moins les 4 mois consécutifs précédant immédiatement la **perte d'emploi** et doit avoir droit à des prestations d'assurance-emploi.

Perte d'emploi autonome : perte involontaire d'un **emploi autonome** en raison de l'arrêt des activités de l'entreprise de la **personne assurée** pour des causes indépendantes de sa volonté pour une période d'au moins 30 jours. De plus, la **personne assurée** doit avoir exercé ce même **emploi autonome** pour une période d'au moins 4 mois consécutifs précédant immédiatement la perte d'emploi autonome.

Professionnel de la santé : tout professionnel de la santé qui est membre en règle de sa corporation ou de son association professionnelle et qui exerce dans les limites de sa compétence, selon ce qui est prévu par la loi.

Salarié : personne considérée par son employeur comme un employé permanent, qui effectue au moins 20 heures rémunérées par semaine et dont l'emploi est assurable selon Emploi et Développement social Canada, c'est-à-dire qui exige le versement de cotisations au régime d'assurance-emploi.

Solde : montant requis (à l'exception de tout montant en souffrance) pour libérer complètement la **personne assurée** de toute obligation financière envers le **titulaire du contrat** à l'égard du **compte de crédit** identifié à l'occasion de la demande d'adhésion et dans la lettre de bienvenue, incluant les **transactions régulières**, tout **financement à paiement reporté**, même pendant la période de report, et tout **financement par remboursements égaux**.

Titulaire du contrat : Banque Laurentienne du Canada.

Titulaire principal : **titulaire de carte** identifié comme titulaire principal dans la lettre de bienvenue.

Transaction régulière : obtention d'une avance d'argent ou achat d'un bien ou d'un service effectué au moyen de la **carte de crédit** à l'exception des achats faisant l'objet d'un **financement à paiement reporté** ou d'un **financement par remboursements égaux**.

Travail rémunéré : travail pour lequel la **personne assurée** reçoit un salaire de son employeur ou travail pour lequel elle est rémunérée à titre de **travailleur autonome** pour la réalisation de travaux ou la prestation de services.

Travailleur autonome : personne établie à son compte qui tire un revenu de l'exercice d'une profession en cabinet ou qui tire un revenu d'une entreprise pour laquelle il est propriétaire ou détient des parts.

Versement minimum : aux fins de la présente assurance, ce versement correspond au versement minimum du mois indiqué sur le relevé de **compte de crédit** (à l'exception de tout montant en souffrance) dû en lien avec des **transactions régulières**, du **financement à paiement reporté** et du **financement par remboursements égaux**, le cas échéant.

2. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

Les critères suivants doivent être satisfaits à la date de prise d'effet de l'assurance :

- › être âgé de 18 à 64 ans inclusivement ;
- › être résident du Canada ; et
- › être titulaire d'une **carte de crédit**.

3. ADHÉSION ET DÉBUT DE L'ASSURANCE

Seul le **titulaire principal**, s'il rencontre les critères prévus à l'article 2. *Critères d'admissibilité à l'assurance*, peut adhérer à l'assurance en remplissant le formulaire d'adhésion ou en donnant son consentement verbal au **titulaire du contrat** ou à son mandataire.

L'assurance prend effet le jour de l'adhésion au contrat d'assurance **Assur-paiement**^{MC}.

4. PRIME

La prime est établie en fonction du **solde** total indiqué sur le relevé de **compte de crédit**, jusqu'à concurrence du **solde** assuré maximum prévu à l'article 6. *Maximum d'assurance*.

La prime est établie pour la couverture du **titulaire principal**. Toute autre **personne assurée** à titre de titulaire de cette même **carte de crédit** en plus du **titulaire principal** l'est sans frais additionnels.

Toutefois, aucune prime relative au **solde** d'un **financement à paiement reporté** n'est facturée au cours de la période de report.

La première prime est établie à la **date du relevé de compte** qui suit immédiatement l'adhésion à l'assurance. Les primes sont payables chaque mois tant que l'assurance est en vigueur et elles sont facturées sur le relevé de compte du mois suivant celui à partir duquel elles sont calculées.

Le taux de prime n'est pas garanti, mais il ne peut pas varier selon les demandes de prestations d'une **personne assurée**.

5. EXONÉRATION DE LA PRIME

Lorsque des prestations sont versées en vertu de la garantie d'assurance invalidité ou de la garantie d'assurance perte d'emploi, l'**assureur** rembourse mensuellement au **titulaire du contrat** la portion de prime payée qui est afférente à la somme assurée applicable. Le **titulaire du contrat** crédite alors ce remboursement au **compte de crédit** de la **personne assurée**.

6. MAXIMUM D'ASSURANCE

Le **solde** assuré ne peut excéder 15 000 \$.

La somme assurée maximale est de 15 000 \$ pour toutes les **personnes assurées** en vertu de la présente attestation et pour toutes les garanties d'assurance.

Le montant additionnel égal à la somme assurée, versé lors d'un décès accidentel tel que défini à l'article 17. *Prestations*, est exclu du calcul de la somme assurée maximale.

La prestation mensuelle maximale est de 750 \$ pour toutes les **personnes assurées** en vertu de la présente attestation et pour toutes les garanties d'assurance.

7. DEMANDES DE PRESTATIONS

Garantie décès : La demande de prestation de décès doit être soumise à l'**assureur** au plus tard un an après la date du décès et doit inclure les pièces justificatives requises par l'**assureur**.

Garanties mutilation accidentelle, invalidité et perte d'emploi :

Une demande de prestation doit être soumise à l'**assureur** dans les 30 jours qui suivent la date de l'événement et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours qui suivent cet événement.

Si une demande de prestation ou une preuve écrite à la satisfaction de l'**assureur** n'est pas présentée à l'**assureur** dans le délai imparti par le

présent article, telle demande demeurera valide si la demande de prestation ou la preuve écrite est soumise dans un délai aussi raisonnable que possible dans l'année suivant la date à laquelle l'événement est survenu, et à la condition qu'il soit établi qu'il était raisonnablement impossible de présenter la demande de prestation ou la preuve écrite dans le délai imparti.

8. EXAMEN DE LA POLICE

Le **titulaire principal** qui a adhéré à l'assurance peut communiquer avec le **titulaire du contrat** afin de consulter ou obtenir une reproduction de la police d'assurance.

9. CONTRAT

La police, les annexes, les avenants, l'attestation, la lettre de bienvenue et le formulaire d'adhésion (s'il y a lieu) constituent le contrat d'assurance **Assur-paiement^{MC}**.

L'**assureur** doit informer le **titulaire du contrat**, au moyen d'un avis écrit transmis au moins 30 jours à l'avance, de toute modification qu'il apporte au contrat.

10. EXCLUSION EN CAS D'ÉVÉNEMENTS MULTIPLES

Lorsque l'**assureur** verse des prestations mensuelles pour une **personne assurée** en vertu de la garantie d'assurance invalidité ou de la garantie d'assurance perte d'emploi, aucune autre demande de prestations présentée à l'égard d'un même **compte de crédit**, pour l'une ou l'autre de ces garanties, ne sera considérée comme recevable tant et aussi longtemps que se poursuivra le versement de la prestation mensuelle liée à la demande reçue en premier.

11. FIN DE L'ASSURANCE

Cette assurance est facultative et le **titulaire principal** qui y a adhéré peut y mettre fin à tout moment. S'il y est mis fin dans les 30 jours suivant la date d'adhésion, toute prime perçue lui sera remboursée.

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

- a) la **date du relevé de compte** qui suit le jour où le **titulaire principal** informe l'**assureur**, verbalement ou par écrit, de son désir de mettre fin à l'assurance ;
- b) la date de fin du contrat d'assurance **Assur-paiement^{MC}** entre le **titulaire du contrat** et l'**assureur** ;
- c) la date de révocation des droits et privilèges que le **titulaire du contrat** accorde au **titulaire principal** ;
- d) le jour du décès du **titulaire principal** ;
- e) le jour où les prestations versées atteignent la somme assurée maximale définie à l'article 6. *Maximum d'assurance* ;
- f) la **date du relevé de compte** qui suit le jour où le **titulaire principal** atteint l'âge de 70 ans dans le cas de l'assurance vie, décès accidentel et mutilation ou 65 ans dans le cas de l'assurance invalidité et perte d'emploi.

Si une **personne assurée** autre que le **titulaire principal** se trouve dans une des situations décrites aux paragraphes c), d) ou f) ci-dessus, l'assurance prend fin à son égard seulement.

12. MODIFICATIONS

Si le **titulaire du contrat** apporte, à ses contrats de crédit variable ou à ses relevés de compte, des modifications qui ont pour effet de changer

l'étendue des protections qu'offre le contrat d'assurance **Assur-paiement**^{MC}, les dispositions de ce dernier continueront de s'appliquer comme avant, et ce, jusqu'à ce qu'un avenant soit ajouté au contrat.

13. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'**assureur** tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur toute **personne assurée** dans le cadre de services fournis en vertu de la présente assurance. L'**assureur** reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent. Dès l'adhésion, l'**assureur** ouvre un dossier confidentiel pour y consigner tout renseignement personnel obtenu à l'égard de la **personne assurée**. Ce dossier sera conservé aux bureaux de l'**assureur**. Ne peuvent avoir accès au dossier que les employés, les représentants, les partenaires d'affaires et les fournisseurs de services de l'**assureur** qui en ont besoin dans l'exercice de leurs attributions, ainsi que les personnes qui ont reçu l'autorisation de la **personne assurée**, ou qui y sont autorisées par la loi.

Chez l'**assureur**, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le contrat d'assurance. Ces services administratifs comprennent notamment :

- a) l'établissement de l'admissibilité au régime collectif ou à une quelconque garantie ;
- b) l'inscription de la **personne assurée** à l'assurance ;
- c) l'évaluation et le règlement des sinistres.

14. DROIT D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS OBTENUS

La **personne assurée** a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. La **personne assurée** peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée. Si l'**assureur** a au dossier de la **personne assurée** des renseignements médicaux qu'il n'a pas obtenus directement de cette dernière, il ne les communiquera à la **personne assurée** que par l'entremise de son **médecin** traitant. Pour demander l'accès aux renseignements personnels la concernant, la **personne assurée** doit communiquer par écrit avec le responsable du droit d'accès à l'information à l'adresse ci-dessous :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Responsable du droit d'accès à l'information

1080, Grande Allée Ouest, Québec (Québec) G1K 7M3

C.P. 1907, succursale Terminus

15. PLAINTÉ

Il est possible de prendre connaissance de la politique de traitement des plaintes de l'**assureur** ou de formuler une plainte en visitant le :

<https://ia.ca/corporatif/plainte/formuler-plainte>

GARANTIE D'ASSURANCE VIE, DÉCÈS ACCIDENTEL ET MUTILATION

16. SOMME ASSURÉE

La somme assurée correspond au **solde** à la **date du relevé de compte** précédant immédiatement ou coïncidant avec la date du décès ou la date de l'**accident** entraînant la **perte de l'usage ou mutilation**, selon la

première de ces éventualités. En sus du **solde** indiqué sur ce relevé de compte s'ajoutent toutes les transactions effectuées avec la **carte de crédit** avant ou la journée même de la **date du relevé de compte**, même si ces transactions ne figurent pas sur ce relevé. Les transactions ultérieures à la date de ce relevé ne sont pas prises en considération pour la détermination de la somme assurée.

La **personne assurée** ou les ayants droit doivent fournir à l'**assureur**, au moment de la demande de prestations, les relevés nécessaires au calcul de la somme assurée.

17. PRESTATIONS

- a) **Assurance vie** : La somme assurée est payable au décès de toute **personne assurée**.
- b) **Décès accidentel** : Si le décès de la **personne assurée** est causé directement par un **accident** et qu'il survient au cours des 365 jours qui suivent cet **accident**, l'**assureur** verse un montant additionnel égal à la somme assurée, jusqu'à concurrence de la somme assurée maximale définie à l'article 6. *Maximum d'assurance*.
- c) **Perte de l'usage ou mutilation** : Si une **personne assurée** subit, à la suite d'un **accident** et dans un délai de 365 jours, la **perte de l'usage ou mutilation** d'un ou de plusieurs membres (main, pied ou œil), l'**assureur** verse une prestation totale égale à 100 % de la somme assurée.
- **Restriction** : Si la **personne assurée** décède dans les 365 jours suivant l'**accident**, aucune prestation n'est payable advenant la **perte de l'usage ou mutilation**. Seule la prestation prévue en cas de décès accidentel est payable.

Le total des prestations versées pendant toute la durée de l'assurance ne peut excéder la somme assurée maximale définie à l'article 6. *Maximum d'assurance*.

De plus, le total des prestations versées par l'**Assureur** pour un même événement, ne peut excéder le montant de la limite accordée au **Compte de crédit**.

18. PAIEMENT DES PRESTATIONS

Toute prestation de décès ou de **perte de l'usage ou mutilation** dont le paiement a été approuvé par l'**assureur** est versée au **titulaire du contrat**, au bénéfice de la **personne assurée**. Le **titulaire du contrat** crédite le **compte de crédit** de la **personne assurée** de ce montant.

19. RESTRICTION EN CAS DE SUICIDE

Le suicide du **titulaire principal** durant les deux premières années d'assurance entraîne la fin de l'assurance de toutes les **personnes assurées**, et l'**assureur** n'est tenu qu'au remboursement des primes.

20. RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable si le décès ou la mutilation de la **personne assurée** résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) un suicide ou une tentative de suicide ou toute blessure que la **personne assurée** s'inflige, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute **maladie** ou déficience ;
- b) une consommation chronique ou excessive d'alcool ;
- c) toute surdose d'une substance ou d'une drogue de quelque nature que ce soit, légale ou non, et qui a été prescrite ou non à la

personne assurée ;

- d) une participation à un acte criminel, une opération militaire, une insurrection, une émeute ou une agitation populaire ;
- e) un vol ou une tentative de vol dans tout aéronef, sauf si la **personne assurée** voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) ;
- f) des blessures subies alors que la **personne assurée** conduisait un véhicule motorisé sous l'influence de stupéfiants ou alors que la proportion d'alcool contenue dans son sang était de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08).

Conditions préexistantes

L'**assureur** ne verse aucune prestation pour un décès :

- a) qui survient au cours de la première année d'assurance ; et
- b) qui est attribuable à une **maladie** ou à une blessure pour laquelle la **personne assurée** a été traitée :
 - au cours des 6 mois qui précèdent le début de l'assurance ; et
 - au cours des 6 mois qui suivent le début de l'assurance.

L'**assureur** ne verse aucune prestation en regard de tout **financement par remboursements égaux** ou **financement à paiement reporté** pour un décès :

- a) qui survient au cours de la première année suivant l'achat ; et
- b) qui est attribuable à une **maladie** ou à une blessure pour laquelle la **personne assurée** a été traitée :
 - au cours des 6 mois qui précèdent l'achat ; et
 - au cours des 6 mois qui suivent l'achat.

L'**assureur** considère qu'une **personne assurée** a été traitée lorsqu'elle a, pour une **maladie**, pour les symptômes associés à une **maladie** ou pour une blessure, soit :

- a) consulté un **médecin** ou un autre **professionnel de la santé** ou reçu des traitements d'un tel spécialiste ;
- b) subi des examens ;
- c) fait usage de médicaments prescrits par un **médecin** ; ou
- d) été hospitalisée.

GARANTIE D'ASSURANCE INVALIDITÉ

21. SOMME ASSURÉE

La somme assurée correspond au **solde** à la **date du relevé de compte** précédant immédiatement ou coïncidant avec la date de l'**invalidité**. En sus du **solde** indiqué sur ce relevé de compte s'ajoutent toutes les transactions effectuées avec la **carte de crédit** avant ou la journée même de la **date du relevé de compte**, même si ces transactions ne figurent pas sur ce relevé. Les transactions ultérieures à la date de ce relevé ne sont pas prises en considération pour la détermination de la somme assurée.

La **personne assurée** ou les ayants droit doivent fournir à l'**assureur**, au moment de la demande de prestations, les relevés nécessaires au calcul

de la somme assurée.

22. MONTANT DE LA PRESTATION

La prestation mensuelle correspond au **versement minimum** exigé par le **titulaire du contrat** sur le relevé de compte dont la date coïncide avec la date du début de l'**invalidité** ou qui précède immédiatement cette date.

Au cours de la période d'indemnisation, la prestation mensuelle pourra être rajustée pour tenir compte de la somme assurée.

L'**assureur** s'engage à payer 1/30 de la prestation mensuelle pour chaque jour d'**invalidité** donnant droit à des prestations en vertu du présent contrat.

La prestation mensuelle ne peut en aucun temps excéder la prestation mensuelle maximale définie à l'article 6. *Maximum d'assurance.*

Le total des prestations versées pendant toute la durée de l'assurance ne peut excéder la somme assurée maximale définie à l'article 6. *Maximum d'assurance.*

23. PAIEMENT DES PRESTATIONS ET PÉRIODE D'ATTENTE

Paiement des prestations : Toute prestation d'**invalidité** dont le paiement a été approuvé par l'**assureur** est versée au **titulaire du contrat**, au bénéfice de la **personne assurée**. Le **titulaire du contrat** crédite le **compte de crédit** de la **personne assurée** de ce montant.

Période d'attente :

- i) L'**assureur** verse des prestation à partir de la première journée d'**invalidité** totale si celle-ci dure pendant une période continue d'au moins 30 jours pour la **personne assurée** qui a effectué un **travail rémunéré** à titre de salarié ou **travailleur autonome** au cours de chacune des quatre semaines précédant le début de l'**invalidité** ; ou
- ii) Pour toute autre **personne assurée**, l'**assureur** verse des prestation à partir de la 91^{ème} journée consécutive d'**invalidité** totale.

24. PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ

La **personne assurée** qui reçoit des prestations d'**invalidité** n'a pas à satisfaire de nouveau aux exigences relatives à la période d'attente dans le cas de périodes successives d'**invalidité** résultant de la même **maladie** ou du même **accident**, si ces périodes sont séparées par une période de moins de 90 jours pendant laquelle elle n'a pas été invalide. La période d'attente ne s'applique pas de nouveau, et chaque période d'**invalidité** est considérée comme une continuation de la précédente. La totalité des prestations mensuelles versées pour des périodes successives d'**invalidité** ne pourra excéder la somme assurée qui avait été établie lors de la première période d'**invalidité**.

25. FIN DES PRESTATIONS

Les prestations cessent d'office lors du premier des événements suivants :

- a) lorsque la **personne assurée** n'est plus totalement invalide, qu'elle effectue un **travail rémunéré**, reçoit une formation ou retourne aux études ;
- b) lorsque la somme assurée (excluant les intérêts courus) a été acquittée par l'**assureur** ;
- c) lorsque l'assurance prend fin tel que prévu à l'article 11. *Fin de l'assurance.*

26. RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable si l'**invalidité** de la **personne assurée** résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) une blessure que la **personne assurée** s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale ;
- b) la consommation chronique ou excessive d'alcool ;
- c) une participation à un acte criminel, une opération militaire, une insurrection, une émeute ou une agitation populaire ;
- d) un vol ou une tentative de vol dans tout aéronef, sauf si la **personne assurée** voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) ;
- e) des blessures subies alors que la **personne assurée** conduisait un véhicule motorisé sous l'influence de stupéfiants ou alors que la proportion d'alcool contenue dans son sang était de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08).

Conditions préexistantes

L'**assureur** ne verse aucune prestation pour une **invalidité** :

- a) qui survient au cours de la première année d'assurance ; et
- b) qui est attribuable à une **maladie** ou à une blessure pour laquelle la **personne assurée** a été traitée :
 - au cours des 6 mois qui précèdent le début de l'assurance ; et
 - au cours des 6 mois qui suivent le début de l'assurance

L'**assureur** ne verse aucune prestation en regard de tout **financement par remboursements égaux** ou **financement à paiement reporté** pour une **invalidité** :

- a) qui survient au cours de la première année suivant l'achat ; et
- b) qui est attribuable à une **maladie** ou à une blessure pour laquelle la **personne assurée** a été traitée :
 - au cours des 6 mois qui précèdent l'achat ; et
 - au cours des 6 mois qui suivent l'achat

L'**assureur** considère qu'une **personne assurée** est traitée lorsqu'elle a, pour une **maladie**, pour les symptômes associés à une **maladie** ou pour une blessure, soit :

- a) consulté un **médecin** ou un autre **professionnel de la santé** ou reçu des traitements d'un tel spécialiste ;
- b) subi des examens ;
- c) fait usage de médicaments prescrits par un **médecin** ; ou
- d) été hospitalisée.

27. PREUVES DE L'INVALIDITÉ

Il incombe à la **personne assurée** de fournir à l'**assureur** des preuves satisfaisantes de son **invalidité**. Ces preuves peuvent inclure l'opinion d'un **médecin** spécialiste de même que les copies des résultats des examens subis.

L'**assureur** peut exiger en tout temps que la **personne assurée** :

- a) fournisse des preuves satisfaisantes quant à la continuité de

son *invalidité* ;

- b) soit examinée par un ou des *médecins* ou *professionnels de la santé* désignés par l'*assureur*.

GARANTIE D'ASSURANCE PERTE D'EMPLOI

28. SOMME ASSURÉE

La somme assurée correspond au *solde* à la *date du relevé de compte* précédant immédiatement ou coïncidant avec la date à laquelle la *personne assurée* a été avisée de la perte de son emploi par son employeur. En sus du *solde* indiqué sur ce relevé de compte s'ajoutent toutes les transactions effectuées avec la *carte de crédit* avant ou la journée même de la *date du relevé de compte*, même si ces transactions ne figurent pas sur ce relevé. Les transactions ultérieures à la date de ce relevé ne sont pas prises en considération pour la détermination de la somme assurée.

La *personne assurée* ou les ayants droit doivent fournir à l'*assureur*, au moment de la demande de prestations, les relevés nécessaires au calcul de la somme assurée.

29. MONTANT DE LA PRESTATION

La prestation mensuelle correspond au *versement minimum* exigé par le *titulaire du contrat* sur le relevé de compte dont la date coïncide avec, ou qui précède immédiatement, la *perte d'emploi* ou la *perte d'emploi autonome*.

Au cours de la période d'indemnisation, la prestation mensuelle pourra être rajustée pour tenir compte de la somme assurée.

L'*assureur* s'engage à payer 1/30 de la prestation mensuelle pour chaque journée pendant laquelle la *personne assurée* ne travaille pas et qui donne droit à des prestations en vertu du présent contrat.

La prestation mensuelle ne peut en aucun temps excéder la prestation mensuelle maximale définie à l'article 6. *Maximum d'assurance*.

Le total des prestations versées pendant toute la durée de l'assurance ne peut excéder la somme assurée maximale définie à l'article 6. *Maximum d'assurance*.

30. PAIEMENT DES PRESTATIONS ET PÉRIODE D'ATTENTE

Paiement des prestations : Toute prestation de *perte d'emploi* dont le paiement a été approuvé par l'*assureur* est versée au *titulaire du contrat*, au bénéfice de la *personne assurée*. Le *titulaire du contrat* crédite le *compte de crédit* de la *personne assurée* de ce montant.

Période d'attente : L'*assureur* verse des prestations à partir de la 31^e journée consécutive qui suit la date de la *perte d'emploi*.

Admissibilité aux prestations à la suite d'une période d'indemnisation : Après une période d'indemnisation, la *personne assurée* redevient admissible à des prestations si elle satisfait de nouveau aux critères relatifs à une *perte d'emploi* énumérés à l'article 1. *Définitions*.

31. FIN DES PRESTATIONS

Les prestations cessent d'office lors de la première des éventualités suivantes :

- a) dès que la *personne assurée* effectue un *travail rémunéré* ou retourne aux études à temps plein ;
- b) lorsque la somme assurée (excluant les intérêts courus) a été entièrement acquittée par l'*assureur* ;

c) lorsque l'assurance prend fin tel que prévu à l'article 11. *Fin de l'assurance.*

32. EXCLUSIONS

L'**assureur** ne verse aucune prestation advenant l'une ou l'autre des éventualités suivantes :

- a) la perte d'un emploi qui ne rencontre pas la définition de **perte d'emploi** ou **perte d'emploi autonome**, tel que prévu à l'article 1. Définitions.
- b) une **perte d'emploi** dont la **personne assurée** était informée au moment de l'adhésion ;
- c) une **perte d'emploi** qui survient au cours des 30 jours qui suivent le début de l'assurance ;
- d) une **perte d'emploi** liée à une démission volontaire ;
- e) une **perte d'emploi** liée à une grève, à un lock-out, à une fraude ou à une infraction à la loi ;
- f) une **perte d'emploi** liée à la fin d'un contrat à durée fixe ;
- g) tout **congé** ne mettant pas fin au lien d'emploi ;
- h) toute cessation d'emploi liée à la retraite.

33. PREUVES DE PERTE D'EMPLOI

Il incombe à la **personne assurée** de fournir à l'**assureur** des preuves satisfaisantes de sa **perte d'emploi** et de la continuité de son statut de sans-emploi.

ANNEXE 5 (a.31) - AVIS DE RÉOLUTION 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 RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
2200, avenue McGill College, Montréal (Québec) H3A 2S6

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

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance no :

(numéro du contrat s'il est indiqué)

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

à : _____
(lieu de la signature du contrat)

(nom du client)

(signature du client)

PROFICIMEN



*Visa Int./utilisée sous licence.

^{MC} Marque de commerce de la Banque Laurentienne du Canada.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'assureur, Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., exerce ses activités.