

Assurance crédit

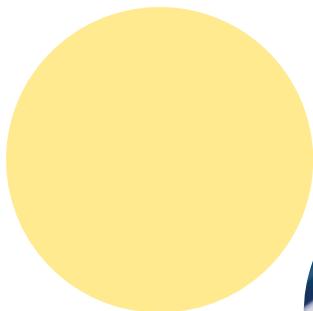
Guide de distribution

Assurance crédit collective

Véhicule récréatif

Police d'assurance FI-VR-VIMG_VRM (2018-12)

Plan VRM



Les documents que vous venez d'acquérir sont importants. Votre contrat d'assurance comporte :

- votre proposition d'assurance et votre certificat d'assurance;
- la police d'assurance collective, qui est disponible sur demande;
- votre confirmation d'assurance, s'il y a lieu.

SSQ, Société d'assurance-vie inc. vous invite à soumettre toute question ou demande à l'administrateur, aux coordonnées ci-dessous :

Service à la clientèle et administrateur :
SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boulevard Laurier, C.P. 10500
Succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
Téléphone : 1 800 463-5525
Télécopieur : 418 652-2749
Courriel : clientele@ssq.ca

Les documents relatifs à votre assurance sont importants. Nous vous conseillons de les conserver en lieu sûr afin de pouvoir vous y reporter facilement.

Guide de distribution

ASSURANCE CRÉDIT COLLECTIVE
VÉHICULE RÉCRÉATIF
POLICE D'ASSURANCE FI-VR-VIMG_VRM (2018-12)
PLAN VRM

INFORMATION SUR LE PRODUIT ET SUR LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Type de produit d'assurance : Assurance prêt (assurance vie)
Assurance versement (assurance invalidité)
Assurance maladie grave

Coordonnées de l'assureur et l'administrateur :

Nom : SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Adresse : 2525, boulevard Laurier, C.P. 10500
Succ. Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
Courriel : clientele@ssq.ca
Numéro de téléphone : 418 651-7000 / 1 800 463-5525

Coordonnées du distributeur :

[à remplir par le distributeur]

LA RESPONSABILITÉ DE L'AUTORITÉ

« L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert dans le guide. L'assureur est le seul responsable de toute différence entre le contenu du guide et celui de la police. »

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT	1
A- Nature de la garantie	1
B- Résumé des conditions particulières.....	2
C- Exclusions, limitations et réductions	5
D- Résiliation de l'assurance.....	7
E- Annulation de l'assurance	8
F- Autres renseignements.....	9
3. DEMANDE DE PRESTATIONS (RÉCLAMATION)	9
A- Présentation de la demande de prestations.....	9
B- Documents requis pour soumettre une demande de prestations.....	9
C- Délai pour présenter une demande de prestations	10
D- Réponse de l'assureur.....	11
E- Appel de la décision de l'assureur et recours	11
4. LES PRODUITS SIMILAIRES	11
5. L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS.....	12
6. DÉFINITIONS.....	12
ANNEXES	

Le genre masculin est utilisé dans l'unique but d'alléger le texte.

1. INTRODUCTION

Le présent guide de distribution a pour but de vous décrire notre assurance crédit collective en vous transmettant l'information sous une forme accessible. Ce guide de distribution renferme l'essentiel de l'information qui vous permettra de déterminer par vous-même si cette assurance convient à vos besoins.

La fiche de renseignements prescrite par l'Autorité des marchés financiers doit être remplie par l'employé du distributeur en votre présence au moment d'offrir le produit visé et doit par ailleurs être signée par la ou les personnes désignées. L'employé du distributeur doit alors vous remettre une copie de ladite fiche de renseignements.

Si certaines de vos questions demeurent sans réponse après la lecture de ce guide, n'hésitez pas à communiquer avec un représentant de l'*assureur* qui sera disponible pour répondre à vos interrogations.

Dans ce guide, les mots indiqués en italique sont définis aux pages 13, 14 et 15.

2. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

A. Nature de la garantie

Notre assurance crédit collective vous procure une sécurité financière face aux obligations que vous avez contractées en finançant votre véhicule récréatif. Elle vous assure le remboursement du solde ou d'une partie du solde de votre prêt en cas de décès, d'*invalidité totale* ou de *maladie grave*. Cette assurance n'est pas obligatoire pour obtenir le prêt.

Vous avez le choix d'adhérer à l'un ou plusieurs des produits suivants :

1. une assurance *prêt* (assurance vie), qui prévoit le remboursement de votre *prêt* si vous décédez, selon les options que vous avez choisies et les conditions qui s'appliquent (vous devez choisir une assurance vie :
 - décès toute cause; ou
 - décès par *accident*).
2. une assurance versement (assurance invalidité), qui prévoit le paiement des versements mensuels de votre *prêt* si vous devenez *totaletement invalide*, selon les options que vous avez choisies et les conditions qui s'appliquent (vous devez choisir une assurance versement :
 - 6 mois;
 - *accident* seulement; ou
 - *accident* et *maladie*).

Certains plans prévoient une assurance *maladie grave*. Veuillez vérifier auprès de votre concessionnaire afin de savoir si vous avez droit à cette protection, qui prévoit le remboursement d'un certain nombre de mensualités si vous recevez le diagnostic de l'une des *maladies graves* suivantes, sous réserve des conditions énoncées aux définitions :

- *crise cardiaque*;
- *pontage coronarien*;
- *accident cérébro-vasculaire*;
- *cancer potentiellement mortel*.

Toutes les conditions relatives à ces protections sont expliquées dans les pages qui suivent.

B. Résumé des conditions particulières

Critères d'admissibilité

Pour être admissible aux protections offertes par l'assurance crédit collective, vous devez :

- être âgé d'au moins 17 ans;
- être âgé de moins de 75 ans pour l'assurance *prêt* (décès par *accident* et décès toute cause) et de moins de 65 ans pour l'assurance invalidité;
- avoir contracté un *prêt* auprès du *créancier*;
- n'avoir jamais souffert du SIDA ou de toute *affection* liée au SIDA, ni subi de traitement à ce sujet et n'avoir jamais subi d'épreuve ayant démontré avec résultat positif la présence d'anticorps au virus V.I.H.;
- pour l'assurance versement, être un salarié, un travailleur autonome ou un travailleur saisonnier et répondre à certaines conditions énoncées ci-après.

Pour être admissible à l'assurance versement :

- un salarié doit avoir travaillé au moins 22,5 heures par semaine pendant un minimum de 30 semaines par année immédiatement avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
- un travailleur autonome doit avoir travaillé au moins 27 heures par semaine, être en affaires dans la même entreprise ou profession de façon continue depuis au moins 12 mois avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance et avoir un revenu net d'entreprise d'au moins 17 000 \$;
- un travailleur saisonnier doit occuper un emploi saisonnier plus de 8 semaines par année mais moins de 30 semaines par année depuis au moins deux ans précédant l'entrée en vigueur de l'assurance, avoir travaillé le nombre d'heures requis par la Commission de l'assurance-emploi du Canada en fonction de son lieu de résidence au cours des 12 mois précédant l'entrée en vigueur de l'assurance et avoir versé des cotisations au compte d'assurance-emploi.

Montant et durée de la protection

Pour l'assurance *prêt* (décès toute cause et décès par *accident*)

Le montant de protection correspond au moins élevé des montants suivants :

- dans le cas d'un contrat d'achat à tempérament ou de rachat, le solde du *prêt* à la date du décès, moins le montant de tout retard de paiement et de tout intérêt en découlant;
- dans le cas d'un contrat de location, la valeur actualisée des paiements non réglés, y compris la valeur résiduelle s'il est indiqué dans la proposition d'assurance que ce montant est couvert;
- le montant assuré maximum.

Le montant assuré maximum est de 100 000 \$, mais il peut atteindre 200 000 \$ lorsque l'*assuré* fournit, à ses frais, des preuves médicales à l'émission de l'assurance et que l'*assureur* accepte ces preuves.

Pour l'assurance versement (6 mois, *accident* seulement, *accident* et *maladie*)

Le montant de protection correspond au moins élevé des montants suivants :

- le versement mensuel prévu payable en vertu du contrat initial d'achat à tempérament, de location ou de rachat;
- le montant assuré maximum.

Le montant assuré maximum est de 2 000 \$ par paiement mensuel (750 \$ pour le travailleur saisonnier), mais il peut atteindre 2 500 \$ (sauf pour un travailleur saisonnier) lorsque l'*assuré* fournit, à ses frais, des preuves médicales à l'émission de l'assurance et que l'*assureur* accepte ces preuves.

Si vous avez choisi l'option « 6 mois », un maximum de 6 paiements mensuels sera versé pour une même cause d'*invalidité totale*.

Dans tous les cas, un maximum de 84 prestations mensuelles peuvent être versées au *créancier* par l'*assureur*.

Pour l'assurance *maladie grave*

La prestation est versée comme suit :

- si l'*assuré* a choisi uniquement l'assurance *prêt* ou uniquement l'assurance versement, 2 mois de mensualité sont payés au *créancier* par l'*assureur*;
- si l'*assuré* a choisi l'assurance *prêt* et l'assurance versement, 4 mois de mensualité sont payés au *créancier* par l'*assureur*.

Bénéficiaire de l'assurance

Le *bénéficiaire* de cette assurance est votre *créancier*. Ainsi, les prestations d'assurance lui seront versées directement. Il utilisera ces prestations pour réduire ou rembourser le solde de votre *prêt*.

Paiement de la prime d'assurance

La prime est payable en un seul versement et permet de vous couvrir pendant toute la durée de votre assurance. Vous pouvez financer votre prime auprès de votre institution financière. Si vous financez votre prime, celle-ci sera ajoutée au montant d'argent avancé par l'institution et donc, incluse dans le calcul de votre versement mensuel. La prime varie en fonction du versement mensuel du *prêt* assuré et de la protection d'assurance choisie.

Durée de l'assurance

Sous réserve des conditions prévues à la section **D – Résiliation de l'assurance**, vous êtes assuré jusqu'à la date d'expiration indiquée sur la proposition d'assurance; votre assurance se terminera à cette date, et ce, même si vous n'avez pas fini de rembourser votre *prêt*. En aucun cas vous ne pouvez choisir une durée d'assurance supérieure à celle de votre *prêt*. Vous ne pouvez pas non plus dépasser les âges maximums, soit 74 ans dans le cas de l'assurance *prêt* et 64 ans dans le cas de l'assurance versement et de l'assurance *maladie grave*.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance

La date d'entrée en vigueur de votre assurance est la dernière des dates suivantes :

- la date indiquée sur le contrat d'achat à tempérament, de location ou de rachat;
- la date indiquée sur la proposition d'assurance.

Il est important de noter que l'assurance entrera en vigueur seulement si vous remplissez les critères d'admissibilité et que vous versez la prime d'assurance requise, dont le montant est indiqué dans la proposition d'assurance.

Période d'attente en cas de demande de prestations

Pour l'assurance *prêt*

Il n'y a aucune période d'attente pour le paiement d'une prestation d'assurance vie. L'assureur verse le montant de l'assurance au *créancier* dès qu'il a reçu une preuve qu'il juge satisfaisante du décès de l'*assuré*.

Pour l'assurance *versement*

Le paiement des prestations d'assurance débute à la fin d'une période d'attente qu'on appelle *délai de carence*. Cette période commence à la date du début de l'*invalidité totale* et se poursuit selon la durée choisie sur la proposition d'assurance. Toutefois, le début de la période pour laquelle des prestations sont payables varie selon l'option choisie :

- si vous avez choisi l'option « 30 jours (non rétroactif) », « 60 jours (non rétroactif) » ou « 90 jours (non rétroactif) », la période pour laquelle des prestations sont payables commence à la fin du *délai de carence*;
- si vous avez choisi l'option « 30 jours (rétroactif) », la période pour laquelle des prestations sont payables commence rétroactivement à la date du début de l'*invalidité totale* une fois le *délai de carence* de 30 jours écoulé.

Pendant le *délai de carence*, vous demeurez responsable de tout paiement mensuel dû.

Pour l'assurance *maladie grave*

Il n'y a aucune période d'attente pour le paiement d'une prestation d'assurance *maladie grave*. L'assureur verse le montant de l'assurance au *créancier* dès qu'il a reçu une preuve qu'il juge satisfaisante du diagnostic de la *maladie grave*.

Toutefois, la *période de survie* doit être écoulée. Cette période représente le nombre de jours pendant lesquels vous devez survivre par suite du diagnostic d'une *maladie grave*. Elle est normalement de 30 jours, sauf si la définition se rapportant à la *maladie grave* en question prévoit une période plus longue.

Fin du versement des prestations d'invalidité totale

La période de prestations pour un *assuré* cesse à la première des dates suivantes :

- a. la date à laquelle l'assurance est résiliée (voir la section **D – Résiliation de l'assurance**);
- b. la date à laquelle 84 prestations mensuelles ont été versées au *créancier* par l'*assureur*;
- c. la date à laquelle l'*assuré* cesse de fournir les preuves écrites de la persistance de son *invalidité totale*;

- d. la date à laquelle l'assuré refuse de se faire examiner par un médecin choisi par l'assureur;
- e. la date à laquelle l'invalidité totale de l'assuré prend fin;
- f. la date à laquelle l'assuré occupe une fonction ou effectue un travail rémunéré;
- g. la date à laquelle l'assuré prend sa retraite et reçoit une prestation de retraite.

Preuves médicales

Tout emprunteur ou coemprunteur qui soumet une proposition d'assurance pour un montant supérieur à celui indiqué au titre **MONTANT ASSURÉ MAXIMUM** sur le certificat d'assurance doit obligatoirement soumettre des preuves médicales à l'assureur et remplir un questionnaire médical. S'il répond « Oui » à une seule des questions sur la santé contenues dans le questionnaire médical, sa proposition d'assurance fera alors l'objet d'une sélection médicale.

Dans ce cas, l'administrateur communiquera avec l'emprunteur ou le coemprunteur afin d'obtenir des informations médicales complémentaires. Si nécessaire, l'administrateur pourra lui demander de se soumettre à un examen médical ou à d'autres examens, à ses frais.

Si la proposition d'assurance est approuvée, l'administrateur enverra une confirmation d'assurance par la poste régulière dans un délai de 30 jours suivant la réception de tous les renseignements demandés.

Preuve de l'assurance

Si votre proposition d'assurance est acceptée, vous recevrez une lettre confirmant que vous êtes assuré dans les 30 jours suivant la signature de la proposition d'assurance.

Renouvellement de l'assurance

Aucun renouvellement ne s'appliquera à la fin de la durée de cette assurance.

MISE EN GARDE

C. Exclusions, limitations et réductions

Exclusions applicables à toutes les garanties

Aucune prestation n'est payable si le décès, l'invalidité totale ou la maladie grave résulte directement ou indirectement :

1. d'un état de santé préexistant* (la présente exclusion devient sans effet lorsque l'assuré maintient sa protection en vigueur durant une période de 12 mois ou plus, mais elle continue de s'appliquer pour toute la durée de l'assurance si l'assuré était totalement invalide à la date d'entrée en vigueur de la protection);
2. du service de l'assuré, à titre de combattant ou de non-combattant, dans les forces armées d'un pays.

*État de santé préexistant :

État pathologique, maladie ou affection dont l'assuré a souffert et pour lequel il a reçu un avis médical au cours des 12 mois avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Exclusions applicables uniquement à l'assurance *prêt* (décès toute cause, décès par *accident*)

Aucune prestation n'est payable pour un décès qui résulte directement ou indirectement :

1. d'un suicide, que l'*assuré* ait été conscient ou non de ses actes, dans les deux ans suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
2. d'une guerre, d'un acte de guerre, déclarée ou non, d'une insurrection ou d'un acte criminel que l'*assuré* a commis ou tenté de commettre;
3. de la conduite par l'*assuré* d'un véhicule de transport aérien, maritime ou terrestre, alors que son taux d'alcoolémie dans le sang excède la limite permise par la loi ou qu'il est sous l'influence de stupéfiants.

Exclusions applicables uniquement à l'assurance versement (6 mois, *accident* et *maladie*, *accident* seulement)

Aucune prestation n'est versée pour une *invalidité totale* qui résulte directement ou indirectement :

1. de *blessures* que l'*assuré* s'est infligées lui-même intentionnellement ou d'une tentative de suicide (ou d'une exposition volontaire à la *maladie* si l'assurance *maladie grave* est offerte), que l'*assuré* ait été conscient ou non de ses actes;
2. d'une guerre, d'un acte de guerre, déclarée ou non, d'une insurrection ou d'un acte criminel que l'*assuré* a commis ou tenté de commettre;
3. de la conduite par l'*assuré* d'un véhicule de transport aérien, maritime ou terrestre, alors que son taux d'alcoolémie dans le sang excède la limite permise par la loi ou qu'il est sous l'influence de stupéfiants;
4. de l'alcoolisme, de l'usage de drogue, d'un abus de médicaments, à l'exception de toute substance prescrite et administrée par un *médecin* dûment qualifié ou selon ses directives;
5. d'une malformation congénitale, de don d'organes, de chirurgie esthétique ou facultative, d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un avortement, sans leurs complications.

Exclusions applicables uniquement à l'assurance *maladie grave*

Certains plans d'assurance prévoient une assurance *maladie grave*. Les exclusions s'appliquant spécifiquement à chacune de ces maladies sont indiquées à leurs définitions respectives aux pages 13 et 14 du présent guide de distribution.

De plus, aucune prestation n'est payable pour une *maladie grave* qui directement ou indirectement :

1. dans les 90 jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance, donne lieu au diagnostic de cancer ou à la manifestation de symptômes ou de problèmes médicaux qui, après analyse, donnent éventuellement lieu à un tel diagnostic;
2. de *blessures* que l'*assuré* s'est infligées lui-même intentionnellement, d'une tentative de suicide ou d'une exposition volontaire à la maladie, que l'*assuré* ait été conscient ou non de ses actes;
3. de l'alcoolisme, de l'usage de drogue, d'un abus de médicaments, à l'exception de toute substance prescrite et administrée par un *médecin* dûment qualifié ou selon ses directives.

Limitations et restrictions applicables à toutes les garanties

1. Si l'emprunteur et le coemprunteur sont tous deux assurés et qu'il y a un décès simultané, une seule prestation de décès sera payée. De même, si l'emprunteur et le coemprunteur sont tous les deux assurés et qu'ils sont *totale*ment invalides ou atteints d'une *maladie grave* en même temps, chacun sera évalué individuellement, mais la prestation totale n'excédera en aucun temps le montant assuré.
2. Les mensualités en retard, les intérêts qui en découlent ainsi que les frais de financement ne sont pas couverts en vertu de l'assurance.

Restriction applicable à l'assurance prêt (décès par accident)

Un décès n'est considéré comme étant dû à un *accident* que s'il survient dans les 90 jours suivant l'*accident*.

Limitations et restrictions applicables à l'assurance versement

1. Le solde dû à l'échéance d'un contrat de location n'est pas couvert.
2. Aucune prestation n'est payable pour toute période pendant laquelle l'*assuré* se trouve dans un pays autre que le Canada ou les États-Unis.

D. Résiliation de l'assurance

L'assurance à l'égard d'un *assuré* prend fin d'office à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le *prêt* est totalement remboursé;
- la date à laquelle le bien servant de garantie est vendu, repris ou fait l'objet d'un jugement de la cour;
- la date à laquelle le contrat d'achat à tempérament, de location ou de rachat est terminé, résilié, modifié ou renégocié;
- la date d'expiration indiquée sur la proposition;
- la date à laquelle l'*assuré* ou l'un des deux assurés décède;
- dans le cas de l'assurance *prêt*, la date à laquelle l'*assuré* atteint l'âge de 75 ans;
- dans le cas de l'assurance versement et *maladie grave*, la date à laquelle l'*assuré* atteint l'âge de 65 ans;
- la date de réception d'une demande d'annulation de l'*assuré*;
- la date à laquelle une période de 20 ans s'est écoulée depuis la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Toute demande de prestations soumise pour tout événement qui s'est produit avant la date de fin déterminée ci-dessus sera traitée conformément aux conditions de l'assurance même si la date de fin de l'assurance est passée.

E. Annulation de l'assurance

Vous pouvez mettre fin à votre assurance en tout temps en faisant parvenir à l'*administrateur* un avis écrit à cet effet par télécopieur au 819-373-3177. Vous pouvez aussi vous rendre chez votre concessionnaire ou communiquer avec l'*administrateur* au 1 877 451-3888. Veuillez noter que le fait d'annuler votre assurance libère l'*assureur* de tout paiement de prestations mais ne vous libère pas de votre *prêt*.

Un remboursement de prime peut être effectué si votre assurance est annulée. Le remboursement est alors versé au *créancier*, sauf si l'*assureur* reçoit la preuve que le *prêt* a été acquitté. Dans ce cas, le remboursement vous est directement versé.

La prime est remboursée intégralement si :

- votre proposition d'assurance est rejetée par l'*assureur*;
- vous n'êtes pas admissible à l'assurance;
- vous décidez de résilier dans un délai de 10 jours après l'entrée en vigueur de l'assurance.

Dans tous les autres cas, la prime est remboursée de la façon suivante :

- selon une formule mathématique appelée la « Règle de 78 ». Toutefois, un remboursement au prorata est effectué pour les créanciers suivants :
 - ◇ Crédit Ford Canada;
 - ◇ Services Financiers Automobiles Lincoln;
 - ◇ Volkswagen Crédit Canada;
 - ◇ Crédit Toyota Canada;
 - ◇ Services Financiers Nissan Canada;
 - ◇ Honda Canada Finance;
 - ◇ Crédit Linx.
- des frais d'annulation (ces frais sont indiqués sur votre certificat d'assurance) sont déduits du montant remboursable. Toutefois, aucuns frais d'annulation ne sont déduits pour les créanciers suivants :
 - ◇ Crédit Ford Canada;
 - ◇ Services Financiers Automobiles Lincoln;
 - ◇ Volkswagen Crédit Canada;
 - ◇ Crédit Toyota Canada;
 - ◇ Services Financiers Nissan Canada;
 - ◇ Honda Canada Finance;
 - ◇ Crédit Linx.

- toute prestation payée est déduite du montant remboursable. Toutefois, aucune prestation payée n'est déduite du montant remboursable pour les créanciers suivants :
 - ◇ Crédit Ford Canada;
 - ◇ Services Financiers Automobiles Lincoln;
 - ◇ Volkswagen Crédit Canada;
 - ◇ Crédit Toyota Canada;
 - ◇ Services Financiers Nissan Canada;
 - ◇ Honda Canada Finance;
 - ◇ Crédit Linx.
- le montant remboursable doit être de 5 \$ ou plus;
- les frais de police ne sont pas remboursables.

Si votre assurance est résiliée à la date à laquelle la garantie du prêt est reprise, vendue ou fait l'objet d'un jugement en cour et que votre créancier est Crédit Ford, un remboursement de prime sera alors calculé au prorata. Le crédit de prime ainsi établi ne sera réduit d'aucune prestation versée ni d'aucuns frais d'annulation.

La Règle de 78 est une formule selon laquelle le remboursement de la prime se calcule au moyen d'une fraction dont le numérateur (N) et le dénominateur (D) varient en fonction de la durée prévue et de la durée réelle du contrat d'assurance : $N \times (N + 1) / D \times (D + 1)$, où N = nombre de mois non écoulés et D = nombre total de mois prévus au contrat d'assurance.

Exemple de calcul de la règle de 78 :

Votre contrat d'assurance a une durée de 60 mois, mais vous décidez de le résilier après 10 mois. La prime que vous avez payée est de 350 \$, ce qui inclut des frais de police de 50 \$. Par conséquent, N = 50 et D = 60. Le calcul se fait donc de la façon suivante :

$$\frac{50 \times (50 + 1)}{60 \times (60 + 1)} = 0,6967.$$

Vous obtenez donc un remboursement de $(350 \$ - 50 \$) \times 0,6967 = 209,01 \$$, moins les frais d'annulation.

La méthode de remboursement au prorata est une formule selon laquelle le remboursement de la prime est déterminée en fonction du temps écoulé depuis le début de l'assurance. La prime payée est multipliée par la fraction suivante : N / D où N = nombre de mois non écoulés et D = nombre total de mois prévus au contrat d'assurance.

Exemple de calcul de la méthode de remboursement au prorata :

Votre contrat d'assurance a une durée de 60 mois, mais vous décidez de le résilier après 10 mois. La prime que vous avez payée est de 350 \$, ce qui inclut des frais de police de 50 \$. Par conséquent, N = 50 et D = 60. Le calcul se fait donc de la façon suivante :

$$\frac{50}{60} = 0,8333.$$

Vous obtenez donc un remboursement de $(350 \$ - 50 \$) \times 0,8333 = 249,99 \$$

Documents requis pour annuler l'assurance

Pour annuler votre assurance, vous pouvez utiliser l'« Avis de résolution d'un contrat d'assurance » qui se trouve dans les annexes de ce guide.

L'avis doit être signé par l'*emprunteur* et par le *coemprunteur*, le cas échéant.

Vous devez fournir une copie de la quittance de votre *prêt*, si vous avez payé votre *prêt* en totalité.

Vous devez fournir une copie de votre proposition d'assurance remplie et signée.

F. Autres renseignements

Pour toute autre information concernant ce produit d'assurance, vous pouvez communiquer avec votre concessionnaire ou avec l'*administrateur* aux coordonnées suivantes :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boulevard Laurier, C.P. 10500
Succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
clientele@ssq.ca
1 800 463-5525

3. DEMANDE DE PRESTATIONS (RÉCLAMATION)

Dans le cas d'une demande de prestations, on vous demandera de fournir des documents pour faire la preuve de votre droit à des prestations.

A. Présentation de la demande de prestations

La personne qui présente la demande de prestations doit remplir un formulaire de demande de prestation. Afin d'obtenir ce formulaire et les instructions qui l'accompagnent, elle doit :

- téléphoner à l'*administrateur* au 1 877 451-3888; ou
- envoyer une télécopie à l'*administrateur* au numéro 819-373-3177 en précisant :
 - ◇ l'adresse où devra être envoyé le formulaire;
 - ◇ le numéro de téléphone où l'on peut la rejoindre; ou
- écrire à l'*administrateur* aux coordonnées indiquées au point F – **Autres renseignements** ci-dessus.

B. Documents requis pour soumettre une demande de prestations

Demande de prestation pour l'assurance prêt

Les documents suivants sont requis par l'*assureur* :

- les détails du *prêt*, à faire remplir par le *créancier*;
- une copie de la proposition d'assurance;
- la déclaration à remplir par le conjoint ou le liquidateur testamentaire de la personne décédée;
- l'autorisation permettant à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de nous communiquer un extrait du fichier de la personne décédée;

- le certificat de décès original;
- tout document médical complémentaire.

Seuls le conjoint et le liquidateur de la succession de la personne décédée ainsi que le *créancier* sont autorisés à présenter une telle demande de prestation.

Si vous avez choisi la protection « décès par *accident* », le montant de protection sera versé seulement si le décès résulte d'un *accident*.

Demande de prestations pour l'assurance versement

Les documents suivants sont requis par l'*assureur* :

- les détails du *prêt*, à faire remplir par le *créancier*;
- une copie de la proposition d'assurance;
- la déclaration du *médecin* traitant, à faire remplir par le *médecin* traitant;
- tout document médical complémentaire.

Seuls l'*assuré*, ou son mandataire le cas échéant, ainsi que le *créancier* sont autorisés à présenter une telle demande de prestations.

Si vous avez choisi la protection « *accident* seulement », le montant de protection sera versé seulement si l'*invalidité totale* résulte d'un *accident*.

Demande de prestation pour l'assurance *maladie grave*

Les documents suivants sont requis par l'*assureur* :

- les détails du *prêt*, à faire remplir par le *créancier*;
- une copie de la proposition d'assurance;
- la déclaration du *médecin* traitant, à faire remplir par le *médecin* traitant;
- tout document médical complémentaire.

Seuls l'*assuré*, ou son mandataire le cas échéant, ainsi que le *créancier* sont autorisés à présenter une telle demande de prestation.

C. Délai pour présenter une demande de prestations

Les documents à l'appui de la demande doivent être remplis et retournés à l'*assureur* :

- dans le cas de l'assurance *prêt*, au plus tard 12 mois après la date du décès;
- dans le cas de l'assurance versement, au plus tard 90 jours après le début de l'*invalidité totale*;
- dans le cas de l'assurance *maladie grave*, au plus tard 12 mois après le diagnostic de la *maladie grave*.

Si ces délais ne sont pas respectés, la personne qui soumet la demande de prestation doit démontrer qu'il lui était impossible de le faire plutôt qu'elle ne l'a fait. Autrement, la demande de prestation pourrait être refusée.

Notes :

- ◇ Les formulaires incomplets ne feront que retarder le traitement de la demande.
- ◇ *L'assuré* doit se soumettre à tout examen médical demandé par *l'assureur*.
- ◇ Vous devez aussi fournir à *l'assureur* tous les renseignements ou les documents qui vous seront demandés.
- ◇ Dans le cas où vous ne répondez pas à toutes les demandes de *l'assureur*, celui-ci n'aura pas la responsabilité d'effectuer tout versement de prestations.
- ◇ Jusqu'à ce que vous répondiez à toutes les demandes de *l'assureur*, vous serez responsable des paiements en remboursement de votre *prêt*.

D. Réponse de l'assureur

L'assureur examinera votre demande de prestation dès sa réception. Il vous enverra ensuite une lettre pour vous aviser :

- que votre demande de prestation a été acceptée; ou
- que votre demande de prestation a été refusée; dans un tel cas, *l'assureur* indiquera la raison du refus; ou
- que votre formulaire est incomplet (les documents manquants seront indiqués); ou
- que des informations complémentaires sont nécessaires.

Notes :

- ◇ Généralement, *l'assureur* envoie cette lettre dans les 30 jours qui suivent la réception d'un formulaire de demande de prestations.
- ◇ Si *l'assureur* détermine que des prestations sont payables en fonction des documents initiaux, il émet un chèque payable au *créancier* dans les 30 jours suivant la réception de la demande de prestations.
- ◇ Il est important que vous continuiez d'effectuer vos paiements du *prêt* de façon régulière jusqu'à ce qu'une décision soit prise.
- ◇ Si votre demande de prestations est approuvée, *l'assureur* vous enverra une confirmation du paiement des prestations, qui seront versées directement au *créancier*.

E. Appel de la décision de l'assureur et recours

Si votre demande de prestations n'a pas été acceptée, vous pouvez faire appel de cette décision en écrivant à *l'assureur* dans un délai de 2 ans suivant la date du refus.

Dans votre lettre, vous devrez :

- expliquer les motifs de votre appel;
- joindre tous les documents supplémentaires qui pourraient être nécessaires à votre appel.

Votre appel sera examiné et *l'administrateur* vous informera par écrit de la décision de *l'assureur*. Normalement, *l'administrateur* fournit cette réponse dans les 2 semaines qui suivent la réception de la lettre d'appel.

Vous pouvez aussi consulter l’Autorité des marchés financiers ou votre conseiller juridique afin d’obtenir des recommandations pour effectuer votre appel. Vous pouvez également communiquer avec l’*assureur* au 418 651-7000 ou au 1 800 463-5525.

4. LES PRODUITS SIMILAIRES

Cette couverture d’assurance a été spécialement conçue pour protéger votre *prêt* et n’est pas destinée à remplacer toute assurance personnelle que vous pouvez détenir.

Il existe sur le marché des produits d’assurance pouvant comporter des garanties semblables à celles décrites dans ce guide de distribution.

5. L’AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour toute information supplémentaire à propos des obligations qu’ont envers vous l’*assureur*, l’*administrateur* et le distributeur, vous pouvez joindre l’Autorité aux coordonnées suivantes :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boul. Laurier, 4^e étage
Québec (Québec) G1V 5C1

Téléphone : 418 525-0337 (Québec); 514 395-0337 (Montréal)
Ailleurs au Québec : 1 877 525-0337
Télécopie : 418 525-9512
lautorite.qc.ca

6. DÉFINITIONS

Accident : Événement non intentionnel, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

Administrateur : SSQ, Société d’assurance-vie inc., entreprise située au 2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succursale Sainte-Foy Québec (Québec) G1V 4H6, qui gère la police d’assurance collective.

Assuré : L’*emprunteur* ou le *coemprunteur*, ou les deux, dès que leur proposition d’assurance est acceptée par l’*assureur*.

Assureur : SSQ, Société d’assurance-vie inc.

Avis médical : Consultations, traitements, soins ou services d’ordre médical, y compris les tests diagnostiques et la prise de médicaments prescrits par un *médecin*.

Bénéficiaire : Personne ou organisme qui recevra, s’il y a lieu, les prestations payables par cette assurance. Le bénéficiaire de l’assurance est votre *créancier*.

Blessure ou accident corporel : Dommages corporels qui résultent d’un *accident* se produisant en cours d’assurance et qui atteignent l’*assuré*.

Confirmation d'assurance : Lettre d'acceptation envoyée à l'emprunteur par l'administrateur lorsqu'il y a eu sélection médicale et qui confirme officiellement la couverture d'assurance qui a été approuvée.

Créancier : Entreprise ou établissement financier qui a accordé à l'assuré un contrat d'achat à tempérament, de location ou de rachat. Les coordonnées de votre créancier sont indiquées dans votre proposition d'assurance.

Délai de carence : Nombre de jours consécutifs, indiqué au recto du formulaire, qui doivent s'écouler à partir de la date à laquelle votre *invalidité totale* débute et avant que commence le versement des prestations mensuelles.

Emprunteur (coemprunteur) : Un client (ou des clients) du titulaire de la police qui a demandé d'être assuré en vertu de la police d'assurance collective et qui satisfait à toutes les conditions d'admissibilité.

Invalidité totale ou totalement invalide : Invalidité totale et continue, par suite d'une *maladie* ou *affection*, y compris si elle est liée à la grossesse, d'une *blessure* ou d'un *accident*, qui empêche l'assuré dans les 12 premiers mois d'invalidité totale d'accomplir toutes et chacune des fonctions de son travail régulier, et par la suite, d'accomplir tout travail rémunérateur pour lequel l'assuré est raisonnablement qualifié en raison de sa formation, de son instruction et de son expérience. Pour que l'invalidité totale soit reconnue, il faut que l'état de l'assuré nécessite des soins médicaux réguliers et continus prodigués par un *médecin* ou un spécialiste approprié et considérés comme satisfaisants par l'assureur.

Maladie ou affection : Altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et des signes et se manifestant par une perturbation des fonctions ou par des lésions.

Maladie grave : Un des états pathologiques suivants diagnostiqués par un *médecin* :

- a. **Crise cardiaque** – Le diagnostic de la mort d'une partie du muscle cardiaque attribuable au blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires entraîné par l'athérosclérose coronarienne. Le diagnostic s'appuie sur la présence simultanée de tous les éléments suivants : a) une nouvelle crise de douleurs thoraciques typiques ou d'un symptôme équivalent, b) de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) révélatrices d'un infarctus du myocarde aigu et c) un témoin biologique de la nécrose du myocarde (mort du muscle cardiaque), y compris l'élévation des enzymes cardiaques et/ou la troponine.

Exclusions : Sont expressément exclus les syndromes coronariens moins aigus, notamment l'angor instable et l'insuffisance coronaire aiguë.

- b. **Pontage coronarien** – Une opération cardiaque destinée à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires à l'aide d'un pontage par greffe. Il faut que l'opération soit recommandée par un cardiologue conseil autorisé exerçant au Canada.

Exclusions : Les techniques non chirurgicales exclues par la présente définition comprennent ce qui suit :

- angioplastie par ballonnet;
- embolectomie au laser;
- autres techniques non liées au pontage.

- c. **Accident cérébro-vasculaire** – – Un diagnostic clair posé par un neurologue de la mort du tissu cérébral attribuable à une thrombose, une embolie ou une hémorragie. Le diagnostic s'appuie sur tous les éléments suivants : a) l'apparition soudaine de nouveaux symptômes d'ordre neurologique, b) de nouveaux déficits neurologiques mesurables découlant d'examen cliniques, déficits d'une durée minimale de soixante (60) jours suivant le diagnostic d'ACV et c) de nouveaux résultats du tomodensitogramme ou de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) correspondant au diagnostic clinique.

Exclusions : Est expressément exclu tout accident ischémique transitoire (AIT).

- d. **Cancer potentiellement mortel** – Le diagnostic d'une tumeur maligne se caractérisant par le développement incontrôlé de cellules malignes et l'envahissement des tissus.

Exclusions : Sont exclues les *affections* suivantes :

- cancer primaire de la prostate (diagnostic : T1A N0 M0 et T1B N0 M0 ou un stade équivalent);
- cancer non évasif (in situ);
- lésions précancéreuses, tumeurs ou polypes bénins;
- tout type de cancer de la peau, sauf s'il s'agit d'un mélanome malin d'une dimension supérieure à 0,75 mm;
- toute tumeur en présence d'un virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.).

Médecin : Docteur en médecine (M.D.), autre que l'*assuré* ou un membre de sa famille, dûment autorisé à pratiquer la médecine au Canada.

Période de survie : Les 30 jours suivant la date du diagnostic ou du pontage coronarien.

Prêt : Montant qui est consenti à l'*assuré* par le *créancier* pour l'achat, la location ou le rachat d'un véhicule récréatif à la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Titulaire de la police : Organisation pour laquelle a été établie une police d'assurance collective et qui est autorisée par l'*assureur* à offrir une assurance à l'*emprunteur*.

Totalement invalide : Voir **Invalidité totale**

ANNEXES

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

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 que vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, sans pénalité, dans les 10 jours de la signature de la proposition d'assurance. Pour ce faire, vous devez donner à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.
- ◇ 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 de 10 jours, vous avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités s'appliquent.

Pour de plus amples informations, vous pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers au numéro 418 525-0337 pour la région de Québec, au numéro : 514-395-0337 pour la région de Montréal ou numéro sans frais 1 877 525-0337.

AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boulevard Laurier, C.P. 10500, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

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 mon adhésion à la police d'assurance n° : _____
(numéro de la police)

conclue le : _____
(date de signature de la proposition)

à : _____
(lieu de la signature de la proposition d'assurance)

(nom du client)

(signature du client)

Le distributeur doit remplir au préalable cette section.

Cet envoi doit être transmis par courrier recommandé.

Au verso de cet avis doivent apparaître les articles suivants de la loi : art. 439, 440, 441, 442 et 443.

**EXTRAITS DE LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS,
L.R.Q. c. D-9.2**

Art. 439 « Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier. »

Art. 440 « Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de la signature de ce contrat d'assurance, le résoudre. »

Art. 441 « Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets. »

Art. 442 « Un contrat ne peut contenir de dispositions en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance. »

Art. 443 « Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. »

