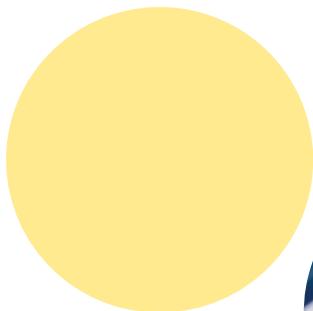


**Assurance crédit**

# Guide de distribution

**Assurance crédit collective**

Machinerie et camion lourds  
Police d'assurance FI-MLA-VIMG (2018-12)  
Plan MLA30



**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](mailto: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  
MACHINERIE ET CAMION LOURDS  
POLICE D'ASSURANCE FI-MLA-VIMG (2018-12)  
PLAN MLA30

## INFORMATION SUR LE PRODUIT ET SUR LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Type de produit d'assurance : Assurance vie  
Assurance invalidité  
Assurance maladie grave

### Coordonnées de l'assureur :

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 .....	7
F- Autres renseignements.....	8
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 12 à 16.

## 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 l'achat ou la location de machinerie ou camion lourds. 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 vie, qui prévoit le remboursement de votre *prêt* si vous décédez, selon les options que vous avez choisies et les conditions qui s'appliquent;
2. une assurance en cas d'*invalidité totale*, qui prévoit le paiement des versements mensuels de votre *prêt* si vous devenez *totalelement invalide*, selon les options que vous avez choisies et les conditions qui s'appliquent;
3. une assurance *maladie grave*, qui prévoit le remboursement de votre *prêt* si vous recevez le diagnostic de l'une des maladies suivantes, sous réserve des conditions énoncées aux définitions :
  - *cancer mettant la vie en danger*;
  - *accident vasculaire cérébral*;
  - *brûlures graves*;
  - *crise cardiaque*;
  - *pontage aortocoronarien*;
  - *coma*

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 une personne physique;
- être un résident canadien;
- être âgé d'au moins 18 ans;
- ne pas avoir atteint l'âge maximum indiqué sur la proposition d'assurance au titre « Type d'assurance »;
- avoir contracté un *prêt* auprès du *créancier*;
- pour l'assurance invalidité et l'assurance *maladie grave*, être activement au travail.

Pour être admissible à l'assurance invalidité et à l'assurance maladie grave, vous devez être un salarié, un travailleur autonome ou un travailleur saisonnier et répondre à certains critères. Veuillez vous référer au point c) du titre **À LIRE ET À SIGNER** de la proposition d'assurance pour connaître ces différents critères.

### **Montant et durée de la protection**

Le montant et la durée maximums de la protection sont déterminés selon votre âge et sont indiqués dans la proposition d'assurance sous le titre « Type d'assurance ». L'assurance doit couvrir la totalité du prêt en ce qui a trait au montant et à la durée. Votre assurance se terminera après l'écoulement de la durée choisie, et ce, même si vous n'avez pas fini de rembourser votre *prêt*. En aucun cas vous ne pouvez choisir un montant et une durée d'assurance supérieurs ou inférieurs à ce que prévoit votre *prêt*.

#### Pour l'assurance vie

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

- le solde de votre prêt à la date du décès, déterminé en fonction d'un avis émis par le créancier ou l'établissement financier;
- dans le cas d'un contrat de location, la valeur actualisée de vos paiements non réglés et la valeur résiduelle indiquées dans votre proposition d'assurance le cas échéant, à condition que la prime nécessaire ait été versée;
- le maximum prévu aux termes de l'assurance.

#### Pour l'assurance invalidité

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

- la prestation mensuelle assurée qui est indiquée sur votre proposition d'assurance;
- le montant des versements mensuels échus devant être payés au créancier ou à l'établissement financier, à l'exclusion de tout montant forfaitaire et de tout paiement de la valeur résiduelle; ou
- le maximum prévu aux termes de l'assurance.

### Pour l'assurance *maladie grave*

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

- le solde de votre prêt à la date du diagnostic de la « maladie grave », déterminé en fonction d'un avis émis par le créancier ou l'établissement financier;
- dans le cas d'un contrat de location, la valeur actualisée de vos paiements non réglés, y compris la valeur résiduelle indiquée dans votre proposition d'assurance le cas échéant, à condition que la prime nécessaire ait été versée.

### **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 versements mensuels et permet de vous couvrir pendant toute la durée de votre assurance. Cette prime n'est pas incluse dans le calcul du versement relié au prêt découlant de l'achat de machinerie ou camion lourds. La prime mensuelle varie en fonction du versement du *prêt* assuré et de la durée d'assurance choisie.

### **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 à laquelle le montant du *prêt* est déboursé par le *créancier*;
- la date à laquelle la proposition d'assurance est approuvée par l'assureur, si votre proposition est soumise à la sélection des risques.

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

### **Preuves médicales**

Toute personne qui soumet une proposition d'assurance pour un montant supérieur à celui indiqué sur la proposition d'assurance dans l'encadré intitulé « Preuves médicales » doit obligatoirement soumettre cette proposition d'assurance à la sélection des risques afin d'être analysée.

Votre proposition d'assurance fera alors l'objet d'une sélection médicale et vous ne serez pas assuré avant la date indiquée dans la *confirmation d'assurance* de l'*administrateur*.

Dans ce cas, l'*administrateur* communiquera avec vous afin d'obtenir des informations médicales complémentaires. Si nécessaire, l'*administrateur* pourra vous demander de vous soumettre à un examen médical ou à d'autres examens. Vous devrez assumer les frais pour ces examens.

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

## **Période d'attente en cas de demande de prestations**

### Pour l'assurance vie

Il n'y a aucune période d'attente pour le paiement d'une prestation d'assurance vie. SSQ verse une prestation de décès au créancier ou à l'établissement financier sur réception d'une preuve qu'elle juge satisfaisante, selon laquelle le décès a eu lieu pendant que l'assurance était en vigueur et sous réserve des dispositions du présent contrat.

### Pour l'assurance invalidité

Le paiement des prestations d'assurance débute à la fin d'une période d'attente de trente jours qu'on appelle *délai de carence*. Cette période commence à la date du début de l'*invalidité totale*. Pour l'option « **30 jours non rétroactif** », la période pour laquelle des prestations sont payables commence à la fin du *délai de carence*.

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

### Pour l'assurance maladie grave

SSQ verse un montant forfaitaire au créancier ou à l'établissement financier sur réception d'une preuve qu'elle juge satisfaisante, selon laquelle le diagnostic de « maladie grave » a eu lieu pendant que l'assurance était en vigueur et sous réserve des dispositions du présent certificat.

Toutefois, la période d'admissibilité 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 tous les remboursements prévus de votre prêt ont été effectués, ce qui exclut tout retard et tout intérêt en découlant;
- b. la date à laquelle SSQ demande une preuve de votre invalidité totale continue si, après 31 jours, cette preuve ne lui est toujours pas parvenue;
- c. la date à laquelle SSQ vous demande de vous faire examiner par un médecin ou un autre praticien nommé par SSQ si vous ne vous présentez pas à cet examen;
- d. la date à laquelle SSQ reçoit un avis écrit de votre part demandant l'annulation de l'assurance;
- e. la date à laquelle le nombre maximum de prestations mensuelles indiqué sur votre proposition d'assurance est atteint, ainsi que le nombre maximum de prestations mensuelles indiqué aux **Limitations et restrictions applicables uniquement à l'assurance invalidité** à la page 6 du présent document;
- f. la date à laquelle vous n'êtes plus considéré totalement invalide;
- g. la date à laquelle vous occupez une fonction ou effectuez un travail rémunéré;
- h. la date à laquelle la durée de l'assurance se termine telle que spécifié au recto du certificat d'assurance dans les renseignements sur le prêt.

### 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 restrictions

#### Exclusions applicables à toutes les garanties

Aucune prestation n'est payable si la réclamation résulte directement ou indirectement :

1. d'un état préexistant\*;
2. d'un déplacement à bord d'un aéronef ou de la descente d'un aéronef, sauf à titre de passager sans fonction, si l'aéronef est utilisé uniquement pour le transport de passagers ou de passagers et de marchandise;
3. de voies de fait, de la participation à un acte criminel ou de la tentative de perpétration d'un délit criminel, y compris la conduite de tout véhicule motorisé si votre taux d'alcool est de plus de 80 mg par 100 ml de sang, ou s'il y a présence de substances illicites dans votre sang.

#### \*État préexistant :

État pathologique, maladie ou affection dont la personne assurée a souffert et pour lequel elle a reçu des traitements, consultations, soins ou services d'ordre médical, y compris des tests diagnostiques, ou pris des médicaments **dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance**, à moins que la personne n'ait reçu ni traitement, consultation, soins ou services d'ordre médical, y compris des tests diagnostiques, ni pris de médicaments à l'égard de l'état, l'affection ou la *maladie* en question **pendant une période continue de 12 mois après la date d'entrée en vigueur de l'assurance**.

#### Exclusions applicables uniquement à l'assurance vie

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

1. d'un suicide dans les deux ans suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
2. d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, d'une insurrection, d'une rébellion ou de la participation à une émeute ou à des troubles populaires.

### Exclusions applicables uniquement à l'assurance invalidité

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

1. d'une tentative de suicide ou d'une *blessure* auto-infligée;
2. d'une grossesse normale ou d'un accouchement sans complication;
3. d'une chirurgie esthétique ou facultative;
4. de la consommation d'alcool, de drogues ou de substances illicites, ou le mauvais usage d'un médicament obtenu avec ou sans ordonnance, à moins que vous ne participiez de façon continue et satisfaisante pour SSQ à un programme de réadaptation approuvé et contrôlé par un médecin;
5. d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, d'une insurrection, d'une rébellion ou de la participation à une émeute ou à des troubles populaires.

### Exclusions applicables uniquement à l'assurance *maladie grave*

Les exclusions s'appliquant spécifiquement à chacune des *maladies graves* 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 résulte directement ou indirectement :

1. d'une *blessure* auto-infligée;
2. de la consommation d'alcool, de drogues ou de substances illicites, ou le mauvais usage d'un médicament obtenu avec ou sans ordonnance, à moins que vous ne participiez de façon continue et satisfaisante pour SSQ à un programme de réadaptation approuvé et contrôlé par un médecin;

### Limitation et restriction applicable uniquement à l'assurance vie

La prestation de décès ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du prêt ni l'intérêt qui en découle. De plus, elle est réduite de la portion impayée de la prime totale d'assurance, taxes incluses.

### Limitations et restrictions applicables uniquement à l'assurance invalidité

1. Les prestations mensuelles ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du prêt ni l'intérêt qui en découle. Elles ne comprennent pas non plus les primes mensuelles d'assurance.
2. Si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une affection ou d'un trouble mental, nerveux, psychologique, émotionnel ou comportemental, la période d'indemnisation n'excédera pas 3 mois, et ce, même si vous êtes sous les soins d'un spécialiste.
3. Si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une maladie ou d'un trouble du cou ou du dos, y compris mais ne se limitant pas à la colonne lombaire, thoracique (dorsale) ou cervicale, la période d'indemnisation n'excédera pas 6 mois, et ce, même si vous êtes sous les soins d'un spécialiste.

## Limitations et restrictions applicables uniquement à l'assurance maladie grave

1. La prestation de *maladie grave* ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du prêt ni l'intérêt qui en découle. De plus, elle est réduite de la portion impayée de la prime totale d'assurance.
2. Avant qu'une prestation ne soit payable aux termes du présent certificat, vous devez survivre au moins 30 jours après avoir reçu le diagnostic d'une maladie grave.

### D. Résiliation de l'assurance

L'assurance à l'égard d'une personne assurée prend fin d'office à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le prêt est modifié, refinancé, déclaré échu par le créancier ou libéré (SSQ se réserve le droit de ne pas résilier la présente assurance si des modifications mineures sont acceptées par elle, au préalable);
- la date à laquelle la garantie du prêt est reprise, est vendue ou fait l'objet d'un jugement en cour;
- la date à laquelle la durée d'assurance choisie prend fin;
- la date à laquelle une prestation de décès devient payable aux termes du présent certificat;
- la date à laquelle votre protection dépasse le terme prévu au contrat, en fonction de votre âge et du type d'assurance sélectionné;
- la date à laquelle SSQ reçoit un avis écrit de votre part demandant l'annulation de l'assurance;
- la date à laquelle le paiement de la prime mensuelle d'assurance est en retard d'un montant égal ou supérieur à deux primes mensuelles consécutives, étant entendu que des frais administratifs et toute taxe applicable vous seront alors chargés;
- dans le cas de l'assurance invalidité seulement, la date à laquelle vous recevez une rente de retraite;
- dans le cas de l'assurance invalidité et de l'assurance maladie grave seulement, la date à laquelle un *montant forfaitaire* ou un paiement de la *valeur résiduelle* vient à échéance;
- dans le cas de l'assurance vie seulement, la date de votre 72<sup>e</sup> anniversaire de naissance;
- dans le cas de l'assurance invalidité et maladie grave seulement, la date de votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

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, sous réserve des dispositions décrites à l'article C.

**Délai pour présenter une demande de prestations** de la section 3. **Demande de prestations (réclamation).**

### 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*.

Si votre assurance est résiliée avant l'échéance de la période que vous avez choisie, un remboursement de la prime mensuelle acquittée depuis l'entrée en vigueur de l'assurance peut être effectué seulement dans les cas suivants :

- a) si votre demande est rejetée;
- b) s'il est déterminé que vous n'étiez pas admissible à la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
- c) si votre assurance est résiliée dans les 20 jours suivant la signature du certificat d'assurance.

Si votre assurance est résiliée pour une autre raison que celles énumérées plus haut, nous annulerons votre garantie à compter de la date de réception de votre demande d'annulation et aucune prime ne sera remboursée. De plus, vous devrez payer des frais d'annulation dont le montant équivaut à 3 primes mensuelles (taxes incluses).

### **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, ou la « demande de remboursement/d'annulation de l'assurance » qui se trouve à la fin de votre certificat d'assurance.

La demande doit être signée par le *débiteur*.

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 règlement. 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 précédemment au point **F – Autres renseignements**.

## **B. Documents requis pour soumettre une demande de prestations**

### Demande de prestation pour l'assurance vie

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 testamentaire de la personne décédée ainsi que le *créancier* sont autorisés à présenter une telle demande de prestation.

Restrictions : La prestation de décès ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du prêt ni l'intérêt qui en découle. De plus, elle est réduite de la portion impayée de la prime totale d'assurance, taxes incluses.

### Demande de prestations pour l'assurance invalidité

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 la personne assurée, ou son mandataire le cas échéant, ainsi que le *créancier* sont autorisés à présenter une telle demande de prestations.

Restrictions : Les prestations mensuelles ne couvrent en aucun cas le retard de remboursement du prêt ni l'intérêt qui en découle. Elles ne comprennent pas non plus les primes mensuelles d'assurance .

### 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 la personne assurée, ou son mandataire le cas échéant, ainsi que le *créancier* sont autorisés à présenter une telle demande de prestation.

Restrictions : La prestation de maladie grave ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du prêt ni l'intérêt qui en découle. De plus, elle est réduite de la portion impayée de la prime totale d'assurance, taxes incluses.

### **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 vie, au plus tard 1 an après la date du décès;
- dans le cas de l'assurance invalidité, au plus tard 90 jours après le début de l'*invalidité totale*;
- dans le cas de l'assurance maladie grave, au plus tard un an après le diagnostic de la *maladie grave*.

La demande de prestations pourrait être refusée si les documents ne sont pas fournis dans les délais prescrits.

#### **Notes :**

- ◇ Les formulaires incomplets ne feront que retarder le traitement de la demande.
- ◇ La personne assurée 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 règlement dès sa réception. Il vous enverra ensuite une lettre pour vous aviser :

- que votre demande de règlement a été acceptée; ou
- que votre demande de règlement 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 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<sup>e</sup> 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.

### **Blessure :**

Blessure corporelle qui est causée uniquement par un *accident* et qui entraîne l'*invalidité totale* de la personne assurée.

### **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. Il n'y a pas de délai de carence dans le cas d'une récurrence d'invalidité totale.

### **État préexistant :**

État pathologique, maladie ou affection dont la personne assurée a souffert et pour lequel la personne a reçu des traitements, consultations, soins ou services d'ordre médical, y compris des tests diagnostiques, ou pris des médicaments dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, à moins que la personne n'ait reçu ni traitement, consultation, soins ou service d'ordre médical, y compris des tests diagnostiques, ni pris de médicaments à l'égard de l'état, l'affection ou la maladie en question pendant une période continue de 12 mois après la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

### **Invalidité totale ou totalement invalide :**

- Au cours des 12 premiers mois de la période d'invalidité totale : Invalidité causée par un *accident* ou une *maladie*, et qui vous rend totalement incapable de remplir les principales fonctions de votre emploi habituel;
- Par la suite : Invalidité causée par un accident ou une maladie et qui vous rend totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice à laquelle vous êtes raisonnablement préparé par votre éducation, votre formation ou votre expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

### **Maladie :**

Affection ou état pathologique qui se manifeste pour la première fois pendant que vous êtes assuré en vertu du certificat à l'égard du *prêt*.

## Maladie grave :

Un des états pathologiques suivants diagnostiqués par un médecin :

**a) Cancer mettant la vie en danger** – Diagnostic formel d’une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l’invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusions: Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » si, dans les 90 jours suivant la date d’effet du contrat ou la date d’effet de la dernière remise en vigueur du contrat si cette date est postérieure, l’assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s’est soumis à des investigations qui ont mené à l’établissement d’un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat), peu importe la date d’établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l’établissement du diagnostic doivent être communiqués à SSQ dans les six mois suivant la date d’établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, SSQ peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d’incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l’épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d’être ulcéré ou accompagné de noeuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l’AJCC.

**b) Crise cardiaque** – Diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d’une insuffisance de l’irrigation sanguine, qui entraîne l’augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d’un infarctus du myocarde, accompagnées d’au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l’électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque » dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q;
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

**c) Accident vasculaire cérébral** – Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.

**d) Pontage aortocoronarien** – Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

**e) Brûlures graves** – Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20% de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

**f) Coma** – Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « coma » dans les cas suivants :

- le coma a été médicalement provoqué;
- le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues;
- un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

**Médecin :**

Médecin ou chirurgien (M.D.) autre que vous-même ou un membre de votre famille, autorisé à pratiquer au Canada dans les limites de son permis.

**Montant forfaitaire :**

Dernière tranche de remboursement à verser à la date d'échéance du *prêt*.

**Prêt :**

Prêt qui vous est consenti par le *créancier* ou l'établissement financier, ou contrat de location passé avec lui à la date d'entrée en vigueur de l'assurance, à l'exclusion de tout retard de remboursement du prêt et de tout intérêt qui en découle.

**Récidive d'invalidité totale :**

Périodes successives d'invalidité totale qui se poursuivent pendant au moins 7 jours consécutifs et qui sont :

1. dues aux mêmes causes et séparées par moins de 21 jours au cours desquels vous êtes retourné au travail selon un horaire quotidien minimal équivalant à celui que vous aviez avant votre invalidité ou avez été apte à le faire; ou
2. dues à des causes entièrement différentes et séparées par moins d'un jour complet au cours duquel vous avez été de retour au travail.

**Spécialiste :**

Médecin dont la pratique se limite à la branche particulière de la médecine qui se rapporte à la maladie couverte applicable.

**Totalement invalide :**

Voir **Invalidité totale**

**Travailleur saisonnier :**

Débiteur dont l'emploi saisonnier constitue son occupation principale durant une année complète, mais qui de par sa nature propre et nonobstant l'industrie dans laquelle il est exercé, ne peut être exécuté toute l'année. Pendant la période de non-emploi due à la saisonnalité du travail, il devra être en mesure d'accomplir les tâches régulières de son emploi.

**Valeur résiduelle :**

Valeur préétablie du véhicule à la fin du contrat de location.



# 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. Toutefois, nous vous offrons un délai de 10 jours supplémentaires, ce qui vous laisse 20 jours pour annuler l'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 20 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. »



