

Assurance crédit

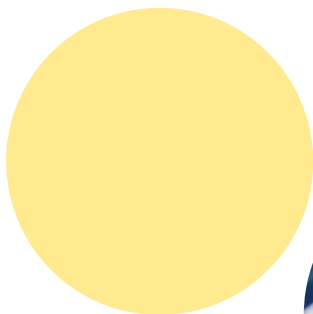
Guide de distribution

Assurance crédit collective

Biens de consommation

Police d'assurance FI-VVR2-VIMG_SSQ270 (2018-12)

Plan SSQ270



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
BIENS DE CONSOMMATION
POLICE D'ASSURANCE FI-VVR2-VIMG_SSQ270 (2018-12)
PLAN SSQ270

INFORMATION SUR LE PRODUIT ET SUR LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Type de produit d'assurance : Assurance vie
Assurance mutilation par accident
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	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 13 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 votre bien de consommation. Elle vous assure le remboursement du solde ou d'une partie du solde de votre *prêt* en cas de décès, de mutilation par *accident*, 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. Cette garantie prévoit également une assurance en cas de mutilation par *accident* pouvant couvrir le remboursement de votre *prêt* si vous subissez un accident entraînant :
 - la perte des deux mains ou deux pieds; ou
 - la perte de la vue des deux yeux.
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 :

• <i>cancer constituant un danger de mort;</i>	• <i>crise cardiaque;</i>
• <i>accident cérébrovasculaire;</i>	• <i>pontage coronarien;</i>
• <i>insuffisance rénale (néphropathie au stade terminal);</i>	• <i>greffe d'organes vitaux;</i>
• <i>surdité;</i>	• <i>brûlures graves;</i>
• <i>maladie du motoneurone;</i>	• <i>sclérose en plaques;</i>
• <i>paralysie.</i>	

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 de 71 ans pour l'assurance vie;
- ne pas avoir atteint l'âge de 61 ans pour l'assurance maladie grave;
- ne pas avoir atteint l'âge de 65 ans pour l'assurance invalidité;
- 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 ». Vous pouvez choisir un montant et une durée d'assurance inférieurs à ce que prévoit votre prêt; votre assurance se terminera après l'écoulement de la durée choisie, et ce, même si vous n'avez pas fini de rembourser votre prêt. Toutefois, en aucun cas vous ne pouvez choisir un montant et une durée d'assurance supérieurs à ce que prévoit votre prêt.

Pour l'assurance vie et l'assurance en cas de mutilation par *accident*

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

- la *dette nette assurée* à la date du décès, plus le *montant résiduel* si vous avez choisi d'assurer ce montant;
- le montant du capital assuré, indiqué dans la proposition d'assurance.

Pour l'assurance invalidité

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

- la prestation mensuelle indiquée dans la proposition d'assurance, si vous choisissez de ne pas assurer la totalité de votre versement mensuel;
- le versement mensuel devant être payé au *créancier*;
- le montant maximum prévu selon votre âge, indiqué dans la proposition d'assurance.

Pour l'assurance *maladie grave*

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

- la *dette nette assurée* à la date du diagnostic de la *maladie grave*, plus le *montant résiduel* si vous avez choisi d'assurer ce montant;
- le montant maximum prévu selon votre âge, indiqué dans la proposition d'assurance.

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. Cette prime peut être ajoutée au montant de votre *prêt*. 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 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 vous devez remplir un questionnaire médical et que 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.

Questionnaire médical

Toute personne qui soumet une proposition d'assurance pour un montant supérieur à celui indiqué sur la proposition d'assurance dans l'encadré intitulé « Questionnaire médical » doit obligatoirement répondre à toutes les questions sur la santé contenues dans le questionnaire médical.

Si vous avez répondu « Oui » à une seule des questions sur la santé contenues dans le questionnaire médical, 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. Tous les frais seront pris en charge par l'assureur.

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 et l'assurance en cas de mutilation par *accident*

Il n'y a aucune période d'attente pour le paiement d'une prestation d'assurance vie ou d'assurance en cas de mutilation par *accident*. L'assureur verse le montant de l'assurance au *créancier* dès qu'il a reçu une preuve qu'il juge satisfaisante du décès ou de la perte d'un membre de la personne assurée.

Pour l'assurance invalidité

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*. Toutefois, le début de 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

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 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 cette personne n'est plus *totalement invalide*;
- b. la date à laquelle le nombre maximal de versements de prestation prévu, ainsi qu'il est indiqué dans la proposition d'assurance, est atteint;
- c. la date à laquelle l'assureur demande une preuve de la continuité de l'*invalidité totale* de cette personne, si elle ne soumet pas cette preuve dans les 31 jours de la demande;
- d. la date à laquelle l'assureur demande à cette personne de subir un examen médical par un *médecin* ou par un autre praticien déterminé par l'assureur, si elle ne se soumet pas à un tel examen;
- e. la date à laquelle vous occupez une fonction ou effectuez un travail rémunéré;
- f. la date à laquelle le *prêt* a été payé en totalité;
- g. la date à laquelle l'assurance prend fin (voir la section **D – Résiliation de l'assurance**).

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'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;
3. 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;
4. 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. La présente définition devient sans effet lorsque la personne assurée maintient sa protection en vigueur durant une période de 18 mois ou plus.

Exclusion applicable uniquement à l'assurance vie

Aucune prestation n'est payable pour un décès qui résulte directement ou indirectement d'un suicide dans les deux ans suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Exclusion applicable uniquement à l'assurance en cas de mutilation par *accident*

Aucune prestation n'est versée pour une perte accidentelle qui résulte directement ou indirectement d'une tentative de suicide ou d'une *blessure* volontaire.

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* volontaire;
2. d'une grossesse normale ou d'un accouchement sans complication;
3. d'une chirurgie esthétique ou facultative;
4. de la consommation d'alcool ou de drogues, à moins que vous ne participiez de façon continue et satisfaisante pour SSQ à un programme de réadaptation approuvé et contrôlé par un *médecin*.

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 l'usage de drogues ou de substances illégales ou illicites ou du mauvais usage d'un médicament obtenu avec ou sans ordonnance.

Limitations et restrictions applicables uniquement à l'assurance vie

1. Si une *assurance conjointe* a été souscrite et qu'il y a un décès simultané des deux personnes assurées, l'assureur ne verse qu'une seule prestation.
2. La prestation de décès ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du *prêt* ni l'intérêt qui en découle.

Limitations et restrictions applicables uniquement à l'assurance mutilation par *accident*

1. Si la personne assurée subit plus d'une perte par suite d'une même *blessure*, l'assureur ne verse qu'une seule prestation équivalant au capital assuré.
2. Si une *assurance conjointe* a été souscrite et que les deux personnes assurées subissent simultanément une perte, l'assureur ne verse qu'une seule prestation.
3. La prestation de mutilation par *accident* ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du *prêt* ni l'intérêt qui en découle.

Limitations et restrictions applicables uniquement à l'assurance invalidité

1. Si une *assurance conjointe* a été souscrite et que les deux personnes assurées deviennent *totaletement invalides* simultanément, l'assureur ne verse qu'une seule prestation mensuelle équivalant au montant prévu devant être payé au *créancier*.
2. La prestation d'*invalidité* ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du *prêt* ni l'intérêt qui en découle.
3. La prestation d'*invalidité* ne couvre pas les montants forfaitaires ni les paiements de la *valeur résiduelle*.

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

1. Si une *assurance conjointe* a été souscrite et que les deux personnes assurées sont atteintes d'une *maladie grave* simultanément, l'assureur ne verse qu'une seule prestation.
2. La prestation de *maladie grave* ne couvre en aucun cas le retard de remboursement du *prêt* ni l'intérêt qui en découle.

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 l'assureur vous envoie par la poste un avis écrit indiquant que votre proposition d'assurance est rejetée ;
- la date à laquelle votre *prêt* est modifié, refinancé, déclaré échu par votre *créancier* ou libéré, sauf si l'assureur considère que les modifications sont mineures;
- la date à laquelle la garantie du *prêt* est reprise, vendue ou fait l'objet d'un jugement en cour;
- la date à laquelle la période d'assurance choisie prend fin;
- la date à laquelle une prestation de décès, de mutilation par *accident*, ou de *maladie grave* devient payable;
- 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;
- dans le cas de l'assurance invalidité, la date à laquelle vous prenez votre retraite ou la date de votre 70^e anniversaire;
- dans le cas de l'assurane vie, la date de votre 75^e anniversaire;
- dans le cas de l'assurance maladie grave, la date de votre 66^e anniversaire;
- dans le cas de l'assurance invalidité et de l'assurance maladie grave, la date à laquelle un *montant forfaitaire* ou un paiement de la *valeur résiduelle* vient à échéance.

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 marchand 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 20 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;
- la demande de remboursement doit être reçue par l'assureur dans les 30 jours suivant la résiliation, sans quoi la date de résiliation sera la date à laquelle l'assureur aura reçu la demande;
- 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 75 \$. Par conséquent, N = 50 et D = 60. Le calcul se fait donc de la façon suivante :

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

$$60 \times (60 + 1)$$

Vous obtenez un remboursement de $(350 \$ - 75 \$) \times 0,6967 = 191,59 \$$, 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 75 \$. Par conséquent, N = 50 et D = 60. Le calcul se fait donc de la façon suivante :

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

$$60$$

Vous obtenez donc un remboursement de $(350 \$ - 75 \$) \times 0,8333 = 229,16 \$$.

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 lettre doit être signée par le *débiteur* et par le *codébiteur*, le cas échéant.

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

Demande de prestation pour l'assurance en cas de mutilation par *accident*

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.

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.

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.

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 12 mois après la date du décès;
- dans le cas de l'assurance en cas de mutilation par *accident*, au plus tard 12 mois après la date à laquelle la perte a été subie;
- 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^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.

Assurance conjointe :

Une seule assurance qui couvre en même temps deux personnes, soit le *débiteur* et le *codébiteur*.

Bénéficiaire :

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

Blessure :

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

Confirmation d'assurance :

Lettre d'acceptation envoyée au *débiteur* par l'*administrateur* lorsqu'il y a eu sélection médicale et qui confirme officiellement la couverture d'assurance qui a été approuvée.

Créancier :

Établissement ou organisme de crédit qui a accordé un *prêt* à un *débiteur*. 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.

Débiteur (codébiteur) :

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.

Dettes :

Le solde impayé du *prêt* ou, dans le cas d'un contrat de location, la somme des paiements restants. Cependant, tout montant en défaut ne fait pas partie de la dette et, par conséquent n'est pas couvert par l'assurance.

Dettes nettes assurées :

La *dette* multipliée par une fraction. Cette fraction est égale au montant assuré divisé par le montant financé. Ces montants sont indiqués sur votre proposition d'assurance.

Exemple de calcul de la dette nette assurée :

Vous obtenez un *prêt* de 50 000 \$ mais choisissez de souscrire à l'assurance pour un montant de 40 000 \$. La fraction utilisée pour calculer votre dette nette assurée est donc 80 % (40 000 \$/50 000 \$). Si votre dette est de 35 000 \$ au moment de votre réclamation, votre dette nette assurée est de 28 000 \$, soit 80 % de 35 000 \$.

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 constituant un danger de mort** – Tumeur caractérisée par une croissance et une prolifération de cellules malignes non contrôlables et une invasion tissulaire. Aucune prestation n'est payable si la condition est diagnostiquée dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Exclusions : La définition d'un cancer constituant un danger de mort exclut :

- i. carcinome in situ,
- ii. mélanome malin d'une profondeur de 0,75 mm ou moins et tout cancer cutané qui ne s'est pas propagé au-delà de la dernière couche de la peau,
- iii. leucémie lymphocytaire chronique,
- iv. cancer de la prostate au stade A,
- v. sarcome de Kaposi.

- b. **Crise cardiaque** – Nécrose d’une partie du muscle cardiaque résultant d’un apport sanguin inadéquat relevée par les deux facteurs suivants :
- i. des modifications au tracé électrocardiographique indiquant un infarctus du myocarde, et
 - ii. une augmentation des enzymes cardiaques.
- Exclusions** : Des modifications au tracé électrocardiographique suggérant un infarctus du myocarde antérieur, en l’absence d’un accident à l’appui et constatées de façon aléatoire, ne sont pas couvertes.
- c. **Accident cérébrovasculaire** – Accident cérébrovasculaire laissant des séquelles neurologiques qui persistent pendant plus de 30 jours, causé par une thrombose, une hémorragie ou une embolie à partir d’une source extracrânienne. Il doit y avoir preuve d’un déficit neurologique objectif et mesurable.
- Exclusions** : Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont expressément exclus.
- d. **Pontage coronarien** – Chirurgie à cœur ouvert pour corriger un rétrécissement ou un blocage d’une ou plusieurs artères coronariennes au moyen de pontages par greffe.
- Exclusion** : Toute technique non chirurgicale comme une angioplastie transluminale par ballonnet ou un dégagement d’une obstruction par laser est expressément exclue.
- e. **Insuffisance rénale (néphropathie au stade terminal)** – Néphropathie au stade terminal se présentant comme chronique avec insuffisance irréversible des deux reins en raison de laquelle soit une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale est fait.
- f. **Greffe d’organes vitaux** – Le fait de recevoir une greffe de cœur, de poumon, de foie, de rein, de pancréas ou de moelle osseuse. La couverture est limitée à ces greffes.
- g. **Surdité** – La perte permanente et profonde de l’ouïe des deux oreilles. Cette perte, confirmée par un otorhino-laryngologiste, doit être de 80 décibels ou plus pour toute la fréquence, même après correction chirurgicale.
- h. **Brûlures graves** – Brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface corporelle.
- i. **Maladie du motoneurone** – Un diagnostic sans équivoque d’un des troubles suivants, lesquels sont exclusivement énumérés :
- i. sclérose latérale amyotrophique (SLA/maladie de Lou Gehrig),
 - ii. sclérose latérale primitive,
 - iii. atrophie musculaire progressive,
 - iv. paralysie bulbaire progressive, ou
 - v. paralysie pseudobulbaire.
- j. **Sclérose en plaques** – Un diagnostic sans équivoque de sclérose en plaques formelle caractérisée par des anomalies neurologiques bien définies qui persistent pendant une période continue d’au moins six mois et avec deux épisodes séparés cliniquement documentés. Les anomalies neurologiques dans ce contexte doivent être relevées par les symptômes typiques de démyélinisation du cerveau ou de la moelle épinière avec les troubles qui en résultent.
- k. **Paralysie** – Perte complète et permanente de l’usage de deux membres ou plus pendant une période continue de 90 jours suivant l’élément déclenchant, période au cours de laquelle il n’y a aucun signe d’amélioration.

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.

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 au *débitur*.

Totalement invalide :

Voir **Invalidité totale**

Valeur résiduelle :

Valeur préétablie du bien 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. »

