

Certificat d'assurance

Assurance crédit collective – Plan SSQ270

Ce document est un contrat générique pour *notre* produit d'assurance crédit collective. Certaines protections d'assurance pourraient ne pas s'appliquer à *votre* situation. Pour connaître les protections et les montants applicables aux protections d'assurance que *vous* avez achetées, référez-vous à *votre Demande d'assurance*.

Aux fins du présent contrat :

- « nous », « notre » ou « nos » réfèrent à l'assureur de la présente assurance, soit SSQ, Société d'assurance-vie inc., entreprise située au 2525, boulevard Laurier, Québec (Québec) G1V 2L2;
- « vous », « votre » ou « vos » réfèrent, individuellement ou collectivement, à la(les) personne(s) admissible(s) nommée(s) dans la *Demande d'assurance*.

De plus, certains autres termes, mots ou expressions ont le sens qui leur est donné à l'**Article 1 - Définitions** de la **PARTIE 6 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES**, ainsi qu'aux articles **Définitions** prévus aux sections propres à chaque protection d'assurance, le cas échéant.

Ces termes, mots ou expressions sont en *italiques*.

Nous vous assurons uniquement pour la ou les protection(s) d'assurance décrite(s) dans le présent certificat si :

- une prime et un montant d'assurance sont prévus à la *Demande d'assurance*; et
- *vous* avez acquitté la prime d'assurance dans son entièreté; et
- *nous* avons accepté *votre Demande d'assurance*, à la suite de l'analyse de *votre* Questionnaire médical, le cas échéant.

Vous ne pouvez pas céder *votre* certificat à qui que ce soit, quelle que soit la raison.

Table des matières

Partie 1 – Protection d’assurance vie **4**

- Article 1 – Objet de l’assurance
- Article 2 – Montant de la prestation d’assurance
- Article 3 – Restrictions
- Article 4 – Exclusion

Partie 2 – Protection d’assurance invalidité **5**

- Article 1 – Objet de l’assurance
- Article 2 – Définitions spécifiques à la protection d’assurance invalidité
- Article 3 – Conditions pour le versement des prestations
- Article 4 – Montant des prestations d’assurance
- Article 5 – Présomption d’invalidité
- Article 6 – Restrictions
- Article 7 – Exclusions
- Article 8 – Fin du versement des prestations

Partie 3 – Protection d’assurance maladie grave **8**

- Article 1 – Objet de l’assurance
- Article 2 – Définitions spécifiques à l’assurance maladie grave
- Article 3 – Liste des maladies graves couvertes
- Article 4 – Montant de la prestation d’assurance
- Article 5 – Restrictions
- Article 6 – Exclusions

Partie 4 – Protection d’assurance en cas de mutilation par accident **13**

- Article 1 – Objet de l’assurance
- Article 2 – Montant de la prestation d’assurance
- Article 3 – Conditions pour le versement de la prestation
- Article 4 – Restrictions
- Article 5 – Exclusions

Partie 5 – Convention d’assurance temporaire pendant le processus de sélection de risque **15**

Partie 6 – Dispositions générales **16**

- Article 1 – Définitions
- Article 2 – Exclusions
- Article 3 – Fin de l’assurance
- Article 4 – Droit de résolution
- Article 5 – Remboursement de la prime
- Article 6 – Demande de prestation
- Article 7 – Fausses déclarations sur des faits importants, votre état de santé ou vos renseignements médicaux
- Article 8 – Avis de constitution de dossier et d’utilisation des renseignements personnels

Avis de résolution d’un contrat d’assurance **21**

Conditions d'admissibilité

Pour être admissible aux protections prévues au présent certificat d'assurance, *vous* devez répondre aux conditions d'admissibilité prévues aux sections I) à M) de la *Demande d'assurance*.

Modèle

Partie 1 – Protection d’assurance vie*

* La protection d’assurance en cas de mutilation par accident est incluse automatiquement si *vous* adhérez à la protection d’assurance vie.

Article 1 – Objet de l’assurance

Sous réserve des autres dispositions du certificat, *nous nous* engageons à verser une prestation d’assurance si *vous* décédez lorsque la présente protection d’assurance est en vigueur.

Article 2 – Montant de la prestation d’assurance

La prestation est payable au *créancier* désigné à *votre Demande d’assurance*, sur réception d’une preuve de décès que *nous* jugeons satisfaisante.

Le montant de la prestation équivaut au moins élevé des montants suivants :

1. **dans le cas d’un contrat de prêt**, le solde dû en vertu de ce contrat à la date de *votre* décès, tel que précisé dans un avis émis par le *créancier*;
2. **dans le cas d’un contrat de location**, la valeur actualisée des versements qui *vous* restent à acquitter à la date de *votre* décès et, si *vous* avez pris cette option, la *valeur résiduelle* indiquée dans *votre Demande d’assurance*;
3. la prestation initiale prévue à la section **F) Protections d’assurance** de *votre Demande d’assurance*;
4. le montant maximal assurable prévu à la section **J) Critères d’admissibilité supplémentaires applicables à la protection d’assurance vie** de *votre Demande d’assurance*.

Dans tous les cas, le montant de la prestation inclut la prime d’assurance.

Article 3 – Restrictions

1. Lorsque *vous* êtes plus d’une personne assurée en vertu de la présente protection d’assurance, la prestation ne peut être versée qu’une seule fois, selon l’ordre de réception des formulaires de demande de prestation.
2. La prestation d’assurance ne couvre en aucun cas le retard dans *vos* versements liés au *contrat de financement*, ni l’intérêt en découlant.

Article 4 – Exclusion

En plus des exclusions prévues à l’**Article 2 – Exclusions** de la **PARTIE 6 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES** du présent document, aucune prestation n’est versée si le décès résulte d’un suicide dans les deux ans suivant la *date de prise d’effet de l’assurance*.

Partie 2 – Protection d'assurance invalidité

Article 1 – Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du certificat, *nous nous* engageons à verser des prestations si *vous* devenez *totale*ment invalide lorsque *vous* êtes assuré par la présente protection d'assurance et que *votre invalidité totale* persiste après le *dé*lai de *care*nce.

Article 2 – Définitions spécifiques à la protection d'assurance invalidité

- « Délai de carence » signifie le nombre de jours consécutifs durant lesquels aucune prestation n'est versée et qui débute au moment où *votre invalidité totale* est constatée par un *médecin*.

Aucun *dé*lai de *care*nce ne s'applique en cas de *ré*cidive d'*invalidité totale*.

Votre délai de carence est prévu au paragraphe « Délai de carence et Durée des prestations » de la section **F) Protections d'assurance** de *votre Demande d'assurance*.

- « Durée des prestations » signifie la période durant laquelle les prestations de la présente protection d'assurance sont versées. Cette période débute le jour suivant la fin du *dé*lai de *care*nce et se termine à la première des dates prévues à l'**Article 8 – Fin du versement des prestations** de la présente partie. (Dans le cas d'un *dé*lai de *care*nce rétroactif, cette période débute le premier jour de *votre invalidité totale*.)

Votre durée des prestations est prévue au paragraphe « Délai de carence et Durée des prestations » de la section **F) Protections d'assurance** de *votre Demande d'assurance*.

- « Emploi de remplacement » signifie un emploi pour lequel *vous* êtes raisonnablement qualifié, notamment selon *votre* formation et *votre* expérience, et ce, sans égard à sa disponibilité.
- « Invalidité totale » (ou « totalement invalide ») :
 - Si *vous* occupez un emploi rémunéré avant l'*invalidité totale* :
 - Dans les 12 mois suivant le début de l'*invalidité totale*, *vous* êtes considéré *totale*ment invalide si, à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident* :
 - vous* êtes incapable d'accomplir les tâches importantes de votre *profession habituelle*; et
 - vous* n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - vous* recevez des soins médicaux continus prodigués par un *médecin*.
 - Après les 12 mois suivant le début de l'*invalidité totale*, *vous* continuez de répondre à la définition d'*invalidité totale* si :
 - vous* êtes incapable d'occuper un *emploi de remplacement*; et
 - vous* n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - vous* continuez de recevoir des soins médicaux continus prodigués par un *médecin*.
 - Si, au moment de l'*invalidité totale*, *vous* n'occupez aucun emploi rémunéré ou *vous* êtes en congé de maternité, de paternité, parental ou en congé sans solde à la suite d'une entente avec *votre* employeur, *vous* êtes considéré *totale*ment invalide si, à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident* :
 - vous* êtes incapable d'occuper un *emploi de remplacement* en raison de *votre invalidité totale*; et
 - vous* n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - vous* recevez des soins médicaux continus prodigués par un *médecin*.

Ne sont pas considérés comme une *invalidité totale*, une grossesse sans complication ou un accouchement sans complication.

Sclérose en plaques

Un diagnostic formel, suivant la *date de prise d'effet de l'assurance*, d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée s'accompagnant de déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de 6 mois, confirmée par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent le développement de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Aux fins de la présente protection d'assurance, les déficits neurologiques doivent être détectables par un *spécialiste* et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- sclérose solitaire;
- syndrome clinique isolé;
- syndrome radiologique isolé;
- neuromyéélite optique; ou
- sclérose en plaques soupçonnée ou probable.

De plus, le mal de tête et la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Surdité

Un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ou ie des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Article 4 – Montant de la prestation d'assurance

La prestation est payable au *créancier* désigné à votre *Demande d'assurance* après la *période de survie* et sur réception de preuves médicales que *nous* jugeons satisfaisantes.

Le montant de la prestation équivaut au moins élevé des montants suivants :

1. **dans le cas d'un contrat de prêt**, le solde dû en vertu de ce contrat à la date du diagnostic de la *maladie grave*, tel que précisé dans un avis émis par le *créancier*;
2. **dans le cas d'un contrat de location**, la valeur actualisée des versements qui *vous* restent à acquitter à la date à laquelle *votre maladie grave* a été diagnostiquée et, si *vous* avez pris cette option, la *valeur résiduelle* indiquée dans *votre Demande d'assurance*;
3. la prestation initiale prévue à la section **F) Protections d'assurance** de *votre Demande d'assurance*;
4. le montant maximal assurable prévu à la section **L) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à la protection d'assurance maladie grave** de *votre Demande d'assurance*.

Dans tous les cas, la prestation inclut la prime d'assurance.

Article 5 – Restrictions

1. Lorsque *vous*  tes plus d'une personne assurée en vertu de la présente protection d'assurance, la prestation ne peut être versée qu'une seule fois, selon l'ordre de réception des formulaires de demande de prestation.
2. La prestation ne couvre en aucun cas le retard dans *vos* versements reliés au *contrat de financement*, ni l'intérêt en découlant.

Article 6 – Exclusions

En plus des exclusions prévues à l'**Article 2 – Exclusions** de la **PARTIE 6 – DISPOSITONS GÉNÉRALES** du présent document, aucune prestation n'est versée si la *maladie grave* résulte directement ou indirectement :

1. d'une tentative de suicide ou d'une *blessure* que *vous* vous infligez intentionnellement, quel que soit *votre* état d'esprit; ou
2. de *votre* consommation chronique ou excessive d'alcool ou de drogue, de *votre* usage de drogues illicites ou de substances illicites, ou du mauvais usage d'un médicament obtenu avec ou sans ordonnance, à moins que *vous* ne participiez de façon continue à un programme de réadaptation approuvé et contrôlé par un *médecin*.

De plus, aucune prestation n'est versée pour une *maladie grave* pour laquelle *vous* avez déjà reçu un diagnostic avant la *date de prise d'effet de l'assurance*, et ce, même si *vous* êtes complètement rétabli ou en rémission au moment de la *date de prise d'effet de l'assurance*.

Modèle

Partie 4 – Protection d’assurance en cas de mutilation par accident

Article 1 – Objet de l’assurance

Sous réserve des autres dispositions du certificat, *nous nous* engageons à verser la prestation d’assurance si, lorsque *vous* êtes couvert par la protection d’assurance vie, *vous* subissez un *accident* causant des pertes prévues à l’Article 3 -Conditions pour le versement de la prestation.

Article 2 – Montant de la prestation d’assurance

Si *vous* avez choisi de prendre la protection d’assurance vie, *vous* êtes automatiquement couvert par la présente protection d’assurance, sous réserve des autres dispositions du certificat.

En cas de mutilation par accident, la prestation est payable au *créancier* désigné à la *Demande d’assurance*, sur réception de preuves médicales que *nous* jugeons satisfaisantes.

Le montant de la prestation équivaut au moins élevé des montants suivants :

1. **dans le cas d’un contrat de prêt**, le solde dû en vertu de ce contrat, à la date à laquelle *vous* avez subi les pertes, tel que précisé dans un avis émis par le *créancier*;
2. **dans le cas d’un contrat de location**, la valeur actualisée des versements qui *vous* restent à acquitter à la date à laquelle *vous* avez subi la perte, et si *vous* avez pris cette option, la *valeur résiduelle* de la protection d’assurance vie, telle qu’indiquée dans *votre Demande d’assurance*, le cas échéant;
3. la prestation initiale de la protection d’assurance vie prévu à la section **F) Protections d’assurance** de *votre Demande d’assurance*;
4. le montant maximal assurable prévu à la section **J) Critères d’admissibilité supplémentaires applicables à la protection d’assurance vie** de *votre Demande d’assurance*.

Article 3 – Conditions pour le versement de la prestation

Pour être admissible à la prestation en vertu de la protection d’assurance, *vous* devez remplir les conditions suivantes :

1. à la suite d’une *blessure*, *vous* subissez :
 - **deux** pertes parmi les suivantes :
 - perte de l’usage d’une main
 - perte de l’usage d’un pied
 - perte de la main et de l’articulation du poignet à la suite d’une amputation
 - perte du pied et de l’articulation de la cheville à la suite d’une amputation
 - OU
 - **une** perte parmi les suivantes :
 - perte de la vue des deux yeux (acuité visuelle de 20/200 ou moins, ou champ de vision de moins de 20 degrés)
 - perte de la parole d’une durée d’au moins 6 mois consécutifs
 - perte de l’ouïe des deux oreilles, avec un seuil d’audition de plus de 90 décibels.
2. ces pertes sont survenues dans les 365 jours suivant la date où *vous* avez subi l’*accident* et pendant que *votre* protection d’assurance vie était en vigueur;
3. ces pertes n’ont pas entraîné *votre* décès.

Par « perte », on entend la perte totale, définitive, irrémédiable et irréversible.

Article 4 – Restrictions

1. Lorsque *vous* êtes plus d’une personne assurée en vertu de la présente protection d’assurance, la prestation ne peut être versée qu’une seule fois, selon l’ordre de réception des formulaires de demande de prestation.
2. La prestation d’assurance ne couvre en aucun cas le retard dans vos versements liés au *contrat de financement*, ni l’intérêt en découlant.

Article 5 – Exclusions

En plus des exclusions prévues à l'**Article 2 – Exclusions** de la **PARTIE 6 – DISPOSITONS GÉNÉRALES**, aucune prestation n'est versée si la mutilation par accident résulte directement ou indirectement :

1. d'une tentative de suicide ou d'une *blessure* que *vous* vous infligez intentionnellement, quel que soit *votre* état d'esprit; ou
2. de *votre* consommation chronique ou excessive d'alcool ou de drogue, de *votre* usage de drogues illicites ou de substances illicites, ou du mauvais usage d'un médicament obtenu avec ou sans ordonnance, à moins que *vous* ne participiez de façon continue à un programme de réadaptation approuvé et contrôlé par un *médecin*.

Modèle

Partie 5 – Convention d'assurance temporaire pendant le processus de sélection de risque

Si *vous* devez remplir un questionnaire médical, conformément à la section **H) Questionnaire médical requis** de votre *Demande d'assurance*, nous *vous* couvrons temporairement pour toutes les protections d'assurance choisies pendant la période au cours de laquelle nous analysons votre demande, selon les mêmes conditions prévues au présent certificat d'assurance et ce qui suit :

1. Le montant maximal de couverture par protection d'assurance est de :
 - a. pour la protection d'assurance vie (incluant l'assurance en cas de mutilation par accident) :
 - i. 150 000 \$ si *vous* êtes âgé entre 18 ans et 55 ans
 - ii. 125 000 \$ si *vous* êtes âgé entre 56 ans et 70 ans
 - b. pour la protection d'assurance invalidité :
 - i. 2 500 \$ si *vous* êtes âgé entre 18 ans et 59 ans
 - ii. 1 250 \$ si *vous* êtes âgé entre 60 ans et 64 ans
 - c. pour la protection d'assurance maladie grave :
 - i. 50 000 \$ si *vous* êtes âgé entre 18 ans et 60 ans
2. L'assurance temporaire prend fin à la première des dates suivantes :
 - a. le 90^e jour suivant la date à laquelle *vous* signez la *Demande d'assurance*;
 - b. la date à laquelle nous approuvons ou refusons votre *Demande d'assurance*.

Exclusion : L'assurance temporaire ne s'applique pas si *vous* remplissez la *Demande d'assurance* après la date à laquelle *vous* avez signé le *contrat de financement*.

Modèle

Partie 6 – Dispositions générales

(applicables à toutes les protections d'assurance)

Article 1 – Définitions

« Accident » signifie un évènement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible :

- qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente; et
- qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne une ou des *blessures*.

« Bien de consommation » signifie tout bien que *vous* avez acheté ou loué et pour lequel *vous* avez signé un *contrat de financement*.

« Blessure » signifie une lésion corporelle :

- qui est causée directement et uniquement par un *accident*; et
- qui entraîne *votre invalidité totale*; et
- qui est constatée par un *médecin*.

De plus, n'est pas considérée comme une *blessure*, toute lésion corporelle causée par :

- un geste intentionnel; ou
- une *maladie*; ou
- toute autre cause qu'un *accident*.

« Contrat de financement » signifie le contrat de prêt ou de location de *votre bien de consommation*.

« Créancier » signifie l'entreprise qui finance le contrat de prêt ou de location de *votre bien de consommation*.

« Date de prise d'effet de l'assurance » signifie la date à laquelle l'assurance débute, tel que prévu à la *Demande d'assurance*.

« Demande d'assurance » signifie la demande d'assurance que *vous* avez signée.

« Distributeur » signifie l'entreprise qui *vous* a vendu la présente assurance.

« État de santé préexistant » signifie tout problème de santé, notamment, mais sans s'y limiter, une *maladie*, une *maladie grave*, une *blessure*, ou toute autre affection, dont un état ou un trouble mental, nerveux ou psychiatrique, pour lequel, dans les 12 mois précédant la *date de prise d'effet de l'assurance* :

- *vous* avez reçu l'une des interventions prévues à la **Liste des interventions**;
ou
- *vous* avez présenté un symptôme qui ferait en sorte qu'une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement.

Liste des interventions :

- i. un diagnostic
- ii. un avis médical
- iii. un traitement
- iv. un service
- v. un médicament sur ordonnance
- vi. une consultation, y compris une consultation pour investigation.

« Maladie » signifie une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constaté par un *médecin* et nécessitant des traitements médicaux.

« Médecin » signifie une personne autre que *vous-même*, qu'un *membre de votre famille* ou que *votre associé*, légalement autorisée à pratiquer la médecine au Canada.

« Membre de votre famille » signifie *votre* conjoint, père, beau-père (père de *votre* conjoint), mère, belle-mère (mère de *votre* conjoint), tuteur légal, *vos* enfants et ceux de *votre* conjoint, frères et soeurs, demi-frères et demi-soeurs, petits-enfants, grands-parents, beaux-parents (conjointes de *vos* parents), gendres et brus, oncles et tantes, neveux et nièces.

« Valeur résiduelle » signifie la valeur préétablie du *bien de consommation* à la fin du contrat de location, tel que prévu à ce contrat.

Article 2 – Exclusions

Aucune prestation n'est versée si le décès, l'*invalidité totale*, la *maladie grave* ou la mutilation par accident résulte directement ou indirectement :

1. d'un *état de santé préexistant* (Cependant, cette exclusion est sans effet si l'évènement faisant l'objet de la demande de prestation survient plus de 18 mois après la *date de prise d'effet de l'assurance*.);
2. de *votre* participation à un acte criminel ou une tentative de perpétration d'un acte criminel;
3. de voies de fait que *vous* avez commises;
4. d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, d'une insurrection, d'une rébellion ou de *votre* participation à une émeute ou à des mouvements populaires;
5. de *votre* déplacement à bord d'un aéronef ou de la descente d'un aéronef, autrement qu'à titre de passager sans fonction, si l'aéronef est utilisé uniquement pour le transport de passagers ou de passagers et de marchandises;
6. de *votre* conduite de véhicule à moteur, bateau, aéronef ou matériel ferroviaire si :
 - a) *votre* taux d'alcool dans le sang est de 80 milligrammes ou plus par 100 millilitres de sang;
 - b) *votre* concentration de drogue dans le sang est égale ou supérieure à 5 nanogrammes de THC par millilitre de sang;
 - c) *votre* concentration de drogue dans le sang est égale ou supérieure à 2,5 nanogrammes de THC par millilitre de sang, combiné à un taux d'alcool égal ou supérieur à 50 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
 - d) toute présence de substance illicite est détectée dans *votre* sang;
 - e) *vous* faites l'usage de médicaments dont la posologie précise que la conduite d'un véhicule à moteur est proscrite.

Article 3 – Fin de l'assurance

L'ensemble des protections d'assurance du présent certificat prennent fin, à la première des dates suivantes :

1. la date à laquelle le *contrat de financement* est modifié, refinancé ou déclaré échu par le *créancier* désigné dans *votre Demande d'assurance*;
2. la date à laquelle le *bien de consommation* est repris, vendu ou fait l'objet d'un jugement;
3. la date prévue à *votre contrat de financement* à laquelle tous les versements ont été acquittés, ce qui exclut tout retard de paiement et l'intérêt en découlant;
4. pour les protections d'assurance vie, maladie grave et mutilation par accident : la date à laquelle la prestation devient payable, conformément au présent certificat.

Les protections d'assurance vie, invalidité, maladie grave et mutilation par accident prennent fin, indépendamment l'une de l'autre, à la première des dates suivantes :

1. la date de fin de l'assurance, propre à chaque protection d'assurance, tel qu'indiquée à *votre Demande d'assurance*;
2. la date à laquelle *nous* recevons un avis de résiliation de *votre* part;
Si *vous* êtes plus d'une personne assurée en vertu de la présente assurance, *vous* pouvez résilier :
 - a) *votre* partie de l'assurance seulement; ou
 - b) l'ensemble du contrat. Dans ce cas, la signature de toutes les personnes assurées est requise;
3. la date à laquelle *vous* atteignez l'âge de fin de l'assurance, telle que mentionnée ci-dessous :
 - a) Pour les **protections d'assurance vie et d'assurance mutilation par accident** : la date de *votre* 75^e anniversaire de naissance;
 - b) Pour la **protection d'assurance invalidité** : la date de *votre* 70^e anniversaire de naissance;
 - c) Pour la **protection d'assurance maladie grave** : la date de *votre* 66^e anniversaire de naissance.

Si *vous* êtes plus d'une personne assurée par le présent certificat, seulement la portion de l'assurance de la personne ayant atteint l'âge mentionné ci-dessus prend fin.

4. la date à laquelle le terme maximal, propre à chaque protection d'assurance, est atteint, tel qu'indiqué dans *votre Demande d'assurance*;

La protection d'assurance invalidité prend fin à la date de *vos* retraite. Si *vous* êtes plus d'une personne assurée en vertu de la présente protection d'assurance, la protection continue de s'appliquer pour la personne qui n'est pas à la retraite.

Article 4 – Droit de résolution

Suivant la réception d'un exemplaire de la *Demande d'assurance*, *vous* disposez d'un délai de **20 jours** pour décider si *vous* désirez annuler, sans pénalité, la présente assurance.

Si tel est le cas, veuillez *nous* renvoyer le présent certificat à l'adresse suivante par poste recommandée, ou par tout autre moyen permettant de recevoir un accusé de réception : 2525, boulevard Laurier, Québec (Québec) G1V 2L2.

Dans ce cas, *nous* annulerons *vos* assurance rétroactivement à la *date de prise d'effet de l'assurance* et rembourserons la prime payée.

Article 5 – Remboursement de la prime

Si *vos* protection d'assurance est annulée ou résiliée en cours de terme, *nous* rembourserons *vos* prime, selon ce qui suit :

1. L'entièreté de *vos* prime est remboursée si :

a) *vos* *Demande d'assurance* est rejetée; ou

b) *vous* n'êtes pas admissible à la *date de prise d'effet de l'assurance*; ou

c) *vos* assurance est annulée dans les 20 jours suivant la réception d'un exemplaire de la *Demande d'assurance*.

2. Dans tous les autres cas, *nous* calculons *vos* remboursement conformément à l'une des deux méthodes de calcul suivantes, à la condition de recevoir *vos* avis de résiliation :

Méthode 1 : Le remboursement est calculé selon la **Règle 78**, réduit des montants suivants :

- toute prestation versée en vertu du présent certificat d'assurance; et
- un frais de résiliation de 125 \$. Ce frais est appliqué une seule fois par certificat.

La **Règle 78** est une formule mathématique standard de l'industrie qui sert à calculer la portion non utilisée de la prime. Elle est définie comme suit :

$$(\text{Prime} - \text{Frais de police}) \times ((A - B) \times (A - B + 1)) / (A \times (A + 1))$$

où :

A = durée de l'assurance (en mois)

B = nombre de mois durant lesquels l'assurance a été en vigueur

Frais de police = 75 \$

OU

Méthode 2 : Le remboursement est effectué au prorata du nombre de mois durant lesquels l'assurance a été en vigueur. Le remboursement de prime ainsi établi ne sera réduit d'aucune prestation versée ni d'aucuns frais de résiliation. De plus, le frais de police ne sera pas déduit de la prime lors du calcul du remboursement de prime.

La méthode 2 s'applique pour les *créanciers* suivants : Crédit Ford Canada, Services Financiers Automobiles Lincoln, Volkswagen Crédit Canada, Crédit Toyota Canada, Services Financiers Nissan Canada et Honda Canada Finance. Afin de connaître *vos* montant de remboursement, veuillez communiquer avec *nous* au 1 877 451-3888.

Si *vous nous* faites parvenir la preuve que tous les versements de *vos* *contrat de financement* ont été acquittés, le remboursement des primes *vous* est directement versé. Dans tout autre cas, le remboursement des primes est versé au *créancier* afin de rembourser une partie ou la totalité du montant de *vos* *contrat de financement*.

Restriction : Dans tous les cas, le montant du remboursement de la prime doit être d'au moins 5 \$ pour être remboursé.



Une annulation : met fin rétroactivement au contrat, comme s'il n'avait jamais existé.

Une résiliation (fin d'assurance) : met fin au contrat à une date donnée (ultérieure à la prise d'effet du contrat). Le contrat n'est plus effectif pour le futur, mais n'affecte pas le passé.

Article 6 – Demande de prestation

Aux fins du présent article, les mots « vous », « votre » ou « vos » peuvent aussi désigner *vos* succession en cas de décès.

Vous devez obtenir le formulaire de demande de prestation en appelant sans frais au 1 877 451-3888.

En plus du formulaire de demande de prestation, tout document pertinent servant à appuyer la demande de prestation sera demandé.

Afin de faciliter le traitement de la demande de prestation, *nous vous* demandons de *nous* fournir ces documents dans les délais suivants :

1. pour la protection d'assurance vie et la protection d'assurance mutilation par accident, **au plus tard un an** après la date du décès ou de la perte;
2. pour la protection d'assurance invalidité, **au plus tard 90 jours** après le début de *l'invalidité totale*;
3. pour la protection d'assurance maladie grave, **au plus tard un an** après la date à laquelle le diagnostic de la *maladie grave* a été posé.

Si des preuves sont requises pour le traitement de la demande de prestation et qu'elles ne *nous* sont pas transmises, *nous* pourrions refuser *vos* demande.

Nous examinerons la demande de prestation dès sa réception et enverrons une lettre de réponse dans les 30 jours suivant sa réception, à la condition d'avoir reçu tous les documents nécessaires.

Si *nous* déterminons que des prestations sont payables en fonction de l'information recueillie, *nous* émettons un chèque payable au *créancier* dans les 30 jours suivant la réception de la demande de prestation et *nous vous* enverrons une confirmation du paiement de la prestation.

Si la demande de prestation est refusée, *vous* (ou *vos* *créancier*) pouvez demander que *vos* dossier soit révisé. Pour ce faire, *vous* devez :

1. *nous* expliquer les motifs de la demande de révision; et
2. joindre tout document supplémentaire qui pourrait être nécessaire à *vos* demande de révision.

Si *vous* n'êtes pas satisfait de la décision qui a été rendue suite à la révision, *vous* avez aussi le droit de déposer une plainte officielle auprès de *notre* service de traitement des plaintes. Pour savoir comment faire, veuillez communiquer au 1 855 425-0922.

Vous trouverez le résumé de *notre* politique sur le traitement des plaintes à l'adresse suivante : <https://ssq.ca/fr/renseignements-clientele/plaintes>.

Vous pouvez également communiquer avec l'Autorité des marchés financiers.

Article 7 – Fausses déclarations sur des faits importants, *vos* état de santé ou *vos* renseignements médicaux

Les renseignements que *vous nous* fournissez doivent en tout temps être exacts et complets.

Le présent certificat est établi sur la base des renseignements fournis dans *vos* *Demande d'assurance* ou en lien avec cette dernière (incluant les réponses du questionnaire médical, s'il y a lieu). Lorsque *vous* remplissez la *Demande d'assurance* et répondez aux questions médicales, *vos* réponses doivent être complètes et exactes. En cas de demande de prestation, *nous* vérifierons ces renseignements. Si une de *vos* réponses est incomplète ou inexacte :

1. *vos* protection pourrait être annulée;
2. *vos* demande de prestation pourrait être refusée.

Article 8 – Avis de constitution de dossier et d'utilisation des renseignements personnels

Avis de constitution de dossier

Nous accordons une grande importance à la protection des renseignements personnels que nous recueillons dans le cadre de nos activités. C'est pourquoi, dans le but d'assurer le caractère confidentiel de ceux-ci, nous constituons un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements vous concernant. Tous les renseignements que nous recueillons à différents moments, que ce soit lors de la demande d'assurance, de modification ou de prestation, seront ajoutés à votre dossier. Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls nos employés, nos fournisseurs de services ou nos mandataires et toute autre personne que vous aurez autorisée y auront accès lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions ou l'exécution de leur mandat.

Votre dossier sera conservé à nos bureaux ou dans les locaux de tiers autorisés. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en faisant parvenir une demande écrite à notre responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Collecte et utilisation de vos renseignements personnels

Nous recueillons les renseignements nécessaires à la gestion et à l'administration de la relation d'affaires que nous avons avec vous ainsi que tout autre renseignement obtenu lors de vos interactions avec nous.

Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent de vérifier votre identité, de valider votre admissibilité à nos produits et services, d'estimer les risques d'assurance, d'établir la prime, de traiter vos demandes de prestation, d'administrer votre dossier et de satisfaire aux exigences légales. Ils peuvent aussi être utilisés à des fins statistiques pour nous permettre d'améliorer nos produits, services, campagnes ou promotions. Si vous nous avez donné votre numéro d'assurance sociale, il sera utilisé uniquement à des fins administratives et fiscales.

Responsable de la protection des renseignements personnels

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

Pour en connaître davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le ssq.ca.

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

En vertu de l'article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers ([chapitre D-9.2](#))

LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance, **sans pénalité**, dans les 10 jours suivant la date de la signature du contrat d'assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long.

Pour mettre fin au contrat, vous devez donner à l'assureur, à l'intérieur de ce délai, un avis par poste recommandée ou par tout autre moyen vous permettant de recevoir un accusé de réception.

Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.

Après l'expiration du délai applicable, vous avez la faculté d'annuler le contrat d'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers au 1-877-525-0337 ou visitez le www.lautorite.qc.ca.

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boulevard Laurier Québec (Québec) G1V 2L2

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

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance n° : _____ (numéro du contrat s'il est indiqué)

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

à : _____ (lieu de la signature du contrat)

_____ (nom du client)

_____ (signature du client)