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 grav	/e 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 Article 1 - Objet de l'assurance	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 sant renseignements médicaux Article 8 – Avis de constitution de dossier et d'utilisation des renseignement personnels	é ou vos
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*.



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 reliés 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 *totalement invalide* lorsque *vous* êtes assuré par la présente protection d'assurance et que *votre invalidité totale* persiste après le *délai de carence*.

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 délai de carence ne s'applique en cas de récidive 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 délai de carence 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 délai de carence 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 ») :
 - 1. Si vous occupez un emploi rémunéré avant l'invalidité totale :
 - a) Dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité totale, vous êtes considéré totalement invalide si, à la suite d'une maladie ou d'un accident :
 - i. vous êtes incapable d'accomplir les tâches importantes de votre profession habituelle; et
 - ii. vous n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - iii. vous recevez des soins médicaux continus prodigués par un médecin.
 - b) Après les 12 mois suivant le début de l'*invalidité totale*, *vous* continuez de répondre à la définition d'*invalidité totale* si :
 - i. vous êtes incapable d'occuper un emploi de remplacement; et
 - ii. vous n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - iii. vous continuez de recevoir des soins médicaux continus prodigués par un médecin.
 - 2. 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 totalement invalide si, à la suite d'une maladie ou d'un accident:
 - a) vous êtes incapable d'occuper un emploi de remplacement en raison de votre invalidité totale; et
 - b) vous n'exercez aucune autre activité rémunératrice; et
 - c) 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.

- « Profession habituelle » signifie la profession que vous exerciez immédiatement avant le début de votre invalidité totale.
- « Récidive d'invalidité totale » :
 - 1. Périodes successives d'*invalidité totale* dues aux <u>mêmes causes</u> et séparées par moins de 3 mois complets et consécutifs au cours desquels :
 - a) vous êtes retourné au travail selon un horaire quotidien équivalent à celui que vous aviez avant l'invalidité totale; ou
 - b) vous auriez été apte à y retourner.
 - 2. Se dit aussi de périodes successives d'*invalidité totale* dues à des **causes entièrement différentes** et séparées par moins de 7 jours complets et consécutifs au cours desquels :
 - a) *vous* êtes retourné au travail selon un horaire quotidien équivalent à celui que *vous* aviez avant l'*invalidité totale*; ou
 - b) vous auriez été apte à y retourner.

Article 3 – Conditions pour le versement des prestations

Des prestations seront versées au *créancier* désigné à *votre Demande d'assurance* à partir du jour suivant la fin du *délai* de carence, le cas échéant, si les conditions suivantes sont respectées :

- 1. vous êtes totalement invalide; et
- 2. *votre invalidité totale* a commencé lorsque la présente protection d'assurance invalidité était en vigueur et persiste après le *délai de carence*.

Afin de faciliter le traitement de *votre* demande de prestation, *nous vous* demandons de *nous* fournir la preuve d'*invalidité totale* au plus tard 90 jours après le début de l'*invalidité totale*, ainsi que toute autre preuve médicale jugée satisfaisante.

Article 4 – Montant des prestations d'assurance

Pour chaque mois complet d'invalidité totale, la prestation correspond au moins élevé des montants suivants :

- 1. la prestation mensuelle prévue à la section **F) Protections d'assurance** de votre Demande d'assurance;
- 2. le montant des versements mensuels devant être payés au *créancier* désigné à *votre Demande d'assurance* selon *votre contrat de financement*, à l'exclusion de tout montant forfaitaire et de tout paiement de la *valeur résiduelle*;
- 3. le montant maximal assurable prévu à la section **K) Critères d'admissibilité supplémentaires applicables à la protection d'assurance invalidité** de *votre Demande d'assurance*.

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

De plus, dans le cas d'une récidive d'invalidité totale, le délai de 12 mois prévu au paragraphe a) de la définition d'invalidité totale ci-dessus ne recommence pas, mais se poursuit en continuité de(s) [l']invalidité(s) totale(s) précédente(s), le cas échéant.

Les prestations sont versées mensuellement au *créancier* désigné à *votre Demande d'assurance* à chaque date de paiement de *votre contrat de financement*, et ce, pendant *votre invalidité totale* sans excéder la *durée des prestations*.

Les prestations qui couvrent une période de moins de 30 jours sont calculées à un taux quotidien correspondant à un trentième (1/30) de la prestation mensuelle.

Article 5 - Présomption d'invalidité

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, 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

vous serez considéré comme *totalement invalide*, que *vous* occupiez ou non un emploi au moment de la perte et que *vous* receviez ou non des soins médicaux continus.

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

Article 6 - Restrictions

- 1. Lorsque *vous* êtes plus d'une personne assurée en vertu de la présente protection d'assurance, la prestation ne peut dépasser le moins élevé des montants prévus à l'**Article 4 Montant des prestations d'assurance** de la présente partie.
- 2. Les prestations ne couvrent en aucun cas la valeur résiduelle du bien de consommation.
- 3. Les prestations ne couvrent en aucun cas le retard dans *vos* versements reliés au *contrat de financement* ni l'intérêt en découlant.

Article 7 - Exclusions

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 *l'invalidité totale* résulte directement ou indirectement :

- 1. d'une grossesse sans complication ou d'un accouchement sans complication; ou
- 2. d'une chirurgie esthétique ou non médicalement requise; ou
- 3. d'une tentative de suicide ou d'une *blessure* que *vous vous* infligez intentionnellement, quel que soit *votre* état d'esprit; ou
- 4. 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*.

Article 8 – Fin du versement des prestations

Le versement des prestations cesse à la première des dates suivantes :

- 1. la date à laquelle *nous vous* demandons une preuve de *votre invalidité totale* si, après 31 jours, *nous* n'avons pas reçu les documents demandés ou si les documents reçus ne répondent pas à *nos* exigences;
- 2. la date à laquelle *nous vous* avons demandé de *vous* faire examiner par un *médecin* que *nous* avons désigné, si *vous* ne *vous* présentez pas à l'examen;
- 3. la date à laquelle vous n'êtes plus considéré totalement invalide;
- 4. la date à laquelle vous occupez une fonction ou effectuez un travail rémunéré;
- 5. la date à laquelle *vous* avez atteint la durée maximale de prestations, prévue au paragraphe « Délai de carence et Durée des prestations » de la section **F) Protections d'assurance** de *votre Demande d'assurance*. Si la durée maximale est déterminée selon un nombre de mois, elle s'applique de manière cumulative pour toutes *vos invalidités totales*, que les prestations aient été consécutives ou non, s'il y a lieu;
- 6. la date de fin de la protection prévue à la section **F) Protections d'assurance** de *votre Demande d'assurance*.

Partie 3 - Protection d'assurance maladie grave

Article 1 - Objet de l'assurance

Sous réserve des autres dispositions du certificat, *nous nous* engageons à verser la prestation d'assurance si *vous* souffrez d'une des *maladies graves* prévues à l'**Article 3 - Liste des** *maladies graves* **couvertes** lorsque *vous* êtes couvert par la présente protection d'assurance et que celle-ci est diagnostiquée **pour la première fois** de façon non équivoque et définitive.

Article 2 – Définitions spécifiques à l'assurance maladie grave

- « Maladie grave » signifie les états pathologiques énoncés à l'Article 3 Liste des maladies graves couvertes.
- « Période de survie » signifie la période de 30 jours pendant laquelle vous devez survivre au diagnostic de la maladie grave avant qu'une prestation ne soit payable aux termes de la présente protection d'assurance maladie grave.
- « Spécialiste » signifie un *médecin* qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en rapport avec la *maladie grave* pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité.

Article 3 – Liste des *maladies graves* couvertes

Les conditions médicales pouvant être considérées comme des *maladies graves* aux fins de la présente protection d'assurance sont décrites et ont le sens prévu au présent article.

Pour être reconnue, la maladie doit être diagnostiquée par un spécialiste.

En cas de non-disponibilité d'un *spécialiste*, et sous réserve de *notre* approbation, une affection peut être diagnostiquée par un *médecin* dûment autorisé exerçant au Canada.

Accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants)

Un diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique persistant de façon continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

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 au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral (avec déficits neurologiques persistants) » dans les cas suivants:

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- troubles ischémiques du système vestibulaire;
- mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

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

Brûlures graves

Un diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer constituant un danger de mort

Un diagnostic formel de tumeur maligne. La tumeur 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 confirmé par un rapport de pathologie.

Aux fins de la présente protection d'assurance :

- Le terme « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » s'entend d'une tumeur non apparente cliniquement ni palpable par toucher rectal, et qui a été décelée de façon fortuite dans un prélèvement de tissu prostatique.
- Le terme « tumeurs stromales gastro-intestinales [TSGI] au stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'entend :
 - de TSGI gastriques et/ou de l'épiploon, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 10 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG; ou
 - de TSGI de l'intestin grêle, de l'oesophage, du côlon et du rectum, du mésentère et du péritoine, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 5 cm, et comptant un maximum de 5 mitoses par 5 mm², ou 50 par CFG.
- Les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Le terme « stade 0 selon la classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer constituant un danger de mort » dans les cas suivants :

- lésions décrites comme étant bénignes, non invasives, précancéreuses, à potentiel malin faible et/ ou incertain, limites (« borderline »), un carcinome in situ, ou des tumeurs au stade Tis ou Ta;
- mélanome malin de la peau d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau, autre que le mélanome, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance. Cela inclut, sans s'y limiter, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome spinocellulaire ou le carcinome à cellules de Merkel:
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- 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 2,0 cm, et qui est au stade T1, en l'absence de métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai, sans atteinte des ganglions lymphatiques, de la rate ou du foie, et en présence d'un nombre normal de globules rouges et de plaquettes;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocrines (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe atteint, traitées par chirurgie uniquement et ne nécessitant aucun traitement additionnel, à part la prise de médicaments pour neutraliser les effets d'une hypersécrétion d'hormones par la tumeur;
- thymome (stade 1) limité au thymus, en l'absence d'indices d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Période d'exclusion de 90 jours : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer constituant un danger de mort » si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance vous avez reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non par la présente assurance).

Cécité

Un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux; ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde)

Un diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'apport sanguin et qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagné 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 pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, y compris, mais sans s'y limiter, une coronarographie et/ou une angioplastie coronarienne.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) » dans les cas suivants :

- changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement;
- autres syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
- augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou symptômes résultants d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.

Greffe d'un organe vital

Une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse.

Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », vous devez subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Insuffisance rénale

Un diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Maladie du motoneurone

Un diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou *maladie* de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Paralysie

Un diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une *blessure* ou d'une *maladie* affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Pontage aortocoronarien

Une 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.

Exclusions: aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » en cas:

- d'angioplastie;
- d'intervention chirurgicale intra-artérielle;
- d'intervention transcathéter percutanée; ou
- d'intervention non chirurgicale.

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;
- neuromyélite 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'ouïe 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

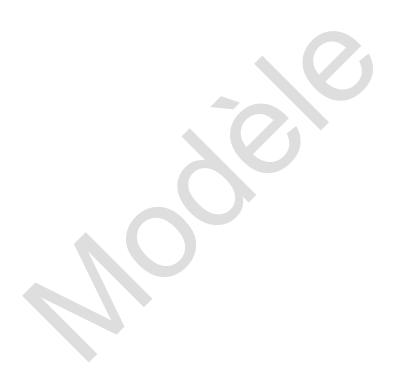
- 1. Lorsque *vous* êtes plus d'une personne assurée en vertu de la présente protection d'assurance, la prestation ne peut être versée qu'une seule fois, selon l'ordre de réception des formulaires de demande de prestation.
- 2. La prestation ne couvre en aucun cas le retard dans vos versements reliés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



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.

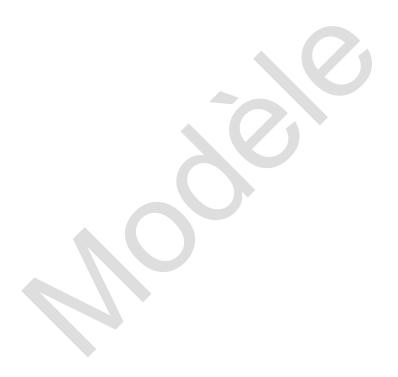
Article 4 - Restrictions

- 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 reliés 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*.



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*.

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
- ii. 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 (conjoints 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° 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 *votre* retraite. Si *vou*s 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 *votre* assurance rétroactivement à la *date de prise d'effet de l'assurance* et rembourserons la prime payée.

Article 5 - Remboursement de la prime

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

- 1. L'entièreté de votre prime est remboursée si :
 - a) votre Demande d'assurance est rejetée; ou
 - b) vous n'êtes pas admissible à la date de prise d'effet de l'assurance; ou
 - c) votre 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 *votre* remboursement conformément à l'une des deux méthodes de calcul suivantes, à la condition de recevoir *votre* avis de résiliation :

<u>Méthode 1</u> : 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 :

(Prime – Frais de police)
$$x ((A - B) x (A - B + 1)) / (A x (A + 1))$$

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 *votre* montant de remboursement, veuillez communiquer avec *nous* au 1 877 451-3888.

Si vous nous faites parvenir la preuve que tous les versements de votre 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 votre 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 *votre* 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 <u>protection d'assurance vie</u> et la <u>protection d'assurance mutilation par accident</u>, **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 <u>protection d'assurance maladie grave</u>, **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 *votre* 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 *votre créancier*) pouvez demander que *votre* 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 *votre* 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, *votre* 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 votre 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. votre protection pourrait être annulée;
- 2. *votre* 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; informezvous 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 RÉSOLUTION 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)
	rtu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services ciers, j'annule le contrat d'assurance nº:	(numéro du contrat s'il est indiqué)
concl	ule:	(date de la signature du contrat)
à:		(lieu de la signature du contrat)
		(nom du client)
		(signature du client)

A.M. 2019-05, Ann. 5.