

# DISTRIBUTION GUIDE

## **Credit Card Balance Protection**



**Credit Card Balance Protection is underwritten by  
CUMIS Life Insurance Company  
CUMIS Life Insurance Company, P.O. Box 5065, 151 North Service Rd.,  
Burlington, ON L7R 4C2**

## **DISTRIBUTION GUIDE**

**Product Name:** Credit Card Balance Protection

**Type of product:** Creditor's Group Insurance

**Insurance Benefits included:** Life, Accidental Dismemberment/Paraplegia, Critical Illness, Disability, Involuntary Loss of Employment and Loss of Self-Employment insurance.

**Insurer:**

**CUMIS Life Insurance Company**  
151 North Service Road, P.O. Box 5065  
Burlington, Ontario  
L7R 4C2

Telephone : 1.800.263.9120  
www.cumis.com

Throughout this distribution guide, the terms "we", "us", "our", "CUMIS" and "CUMIS Life" refer to the CUMIS Life Insurance Company.

Responsibility of the *Autorité des marchés financiers*

**The *Autorité des marchés financiers* does not express an opinion on the quality of the product offered in this Single Premium Credit Distribution Guide. The Insurer alone is responsible for any discrepancies between the wording of the Distribution Guide and the Policy.**

## **Table of Contents**

<b>I. DEFINITIONS</b>	<b>4</b>
<b>II. INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>III. DESCRIPTION OF THE PRODUCT OFFERED</b>	<b>11</b>
<b>A. Nature Of The Coverage</b>	<b>11</b>
<b>B. Beneficiary Of The Insurance</b>	<b>12</b>
<b>C. Summary Of Specific Features</b>	<b>13</b>
Eligibility Requirements	13
Insurance Coverage Starts	13
Amount Of Life Insurance Benefit	13
Amount Of Living Benefit	14
Amount Of Accidental Dismemberment/Paraplegia Insurance Benefit	14
Amount Of Critical Illness Insurance Benefit	14
Amount Of Disability Insurance Benefit	15
Amount Of Involuntary Loss Of Employment Insurance Benefit	17
Amount Of Loss Of Self-Employment Insurance Benefit	18
<b>D. Exclusions, Limitations Or Reduction In Coverage</b>	<b>20</b>
<b>E. End Of Insurance Coverage</b>	<b>25</b>
<b>F. How To Cancel This Insurance</b>	<b>25</b>
<b>G. Additional Information</b>	<b>26</b>
About Your Insurance Premium	26
Premium Payments	26
Refund Of Premium While Receiving A Monthly Benefit	26
Premium Rate Changes	26
Currency	26
Material Misrepresentation	27
Misstatement Of Age	27
Conformity With Statutes	27
Cancellation Of Certificate Or Policy	27
<b>IV. SUBMISSION OF A CLAIM</b>	<b>28</b>
<b>A. Proof Of Claim</b>	<b>28</b>
<b>B. Important Time Limits For Notice Of Claim</b>	<b>29</b>
<b>C. Response From The Insurer</b>	<b>30</b>
<b>D. End Of Monthly Insurance Benefit Payments</b>	
<b>E. Appeal From Insurer's Ruling And Recourses</b>	<b>32</b>
<b>V. OTHER INFORMATION</b>	<b>32</b>
<b>VI. SIMILAR PRODUCTS</b>	<b>33</b>
<b>VII. REFERRAL TO THE AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS</b>	<b>33</b>
<b>VIII. CONFIDENTIALITÉ</b>	<b>34</b>

## **I. DEFINITIONS**

The following definitions apply to the Credit Card Balance Protection and are capitalized throughout this distribution guide for your ease of reference.

**Accident:**

Means a violent, external incident that is sudden, involuntary and unforeseen, causing bodily injuries directly and independently of any other cause. Accident does not include sickness, disease or any naturally occurring conditions.

**Accidental Dismemberment:**

Means the loss of one hand or both hands if completely severed through or above the wrist, the loss of one foot or both feet if completely severed through or above the ankle, or the entire and irrevocable loss of sight of both eyes.

**Accrued Interest:**

Means the interest owing on the Outstanding Balance of your Insured Credit Card from the date of the last payment, as determined by the Group Policyholder, to the date of your death or the Date of Diagnosis of your Critical Illness or terminal illness, depending on the insurance benefit payable, not to exceed 180 days.

**Actively at Work:**

For disability insurance: means you were working at your Principal Occupation for wages or profit and were capable of carrying out the substantial and material duties of that occupation for at least 20 hours per week for two consecutive weeks at any time between the Effective Date of Insurance and the date of Total Disability.

For involuntary loss of employment insurance: means you must have been Employed and have been continuously working at your Principal Occupation for a minimum of 20 hours per week for 3 consecutive months as of the effective date of your Involuntary Loss of Employment.

For loss of self-employment insurance: means you must have been Self-Employed and have been continuously working for a minimum of 20 hours per week for an active Business that had been registered or incorporated for a period of at least 36 consecutive months as of the effective date of your Loss of Self-Employment.

**Activities Of Daily Living:**

Means the ability to perform all the basic needs of: eating, bathing, dressing, toileting, transferring (walking) and continence.

**Appropriate Medical Care:**

Means you are undergoing available Medical Treatment. This includes, but is not limited to, taking pills or any prescription medication, receiving injections for any condition, and undergoing investigative medical tests for the illness, disease or bodily injury for which you have made your claim. The treatment must be effective, as determined by us, in assisting you with rehabilitation and restoration of functional capacity on a timely basis, including, but not limited to, participation in an occupational therapy program, physiotherapy, psychological or psychiatric counseling, or a pain behaviour modification program.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

#### **Business:**

Means a sole proprietorship, partnership, corporation or other entity operating a business or farm that is indebted to the Group Policyholder under a Cardholder Agreement.

#### **Cancer:**

Means a malignant tumor characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells with invasion and destruction of normal tissue.

Cancer includes:

- Leukemia;
- Lymphoma;
- Hodgkin's disease; and
- Metastatic tumors.

The Diagnosis of Cancer must be made by a Specialist.

#### **CAUTION:**

**Cancer does not include, and we will not pay a critical illness insurance benefit for, any of the following medical conditions:**

- **all tumors which are histologically described as benign, pre-malignant, borderline malignant, low malignant potential or non-invasive;**
- **any lesion described as carcinoma in-situ;**
- **Cervical Dysplasia or Intra-epithelial Neoplasia (CIN);**
- **Prostatic Intra-epithelial Neoplasia (PIN);**
- **any form of cancer in the presence of HIV infection, including but not limited to lymphoma or Kaposi's sarcoma;**
- **thin melanomas with pathology report showing Clark's level less than III or Breslow thickness less than 1.5 mm;**
- **all non-melanoma skin cancers; and**
- **micro-carcinoma of the thyroid less than one cm in diameter.**

#### **Cardholder Agreement:**

Means the agreement between you and the Group Policyholder and governs your Insured Credit Card account.

#### **Cash Advance:**

Means a cash-like transaction using your Insured Credit Card at a branch or through an Automated Teller Machine (ATM) including advances and balance transfers.

#### **Critical Illness:**

Means a Heart Attack, Stroke and Cancer.

#### **Date of Diagnosis:**

Means the date in which a final Diagnosis is made following the completion of testing and, in the presence of cancer, the date confirmed through biopsies, in order to determine the presence and extent of a certain disease or condition.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

#### **Diagnosis and Diagnosed:**

Mean a definitive written Diagnosis of a medical condition made by a Licensed Physician qualified to make that Diagnosis.

#### **Disability:**

Means a medical impairment due to injury or illness which prevents you from performing the regular duties of your Principal Occupation.

#### **Effective Date of Insurance:**

Means the date your Enrol for Credit Card Balance Protection Creditor's Group Insurance.

#### **Elimination Period:**

##### Disability insurance

Means a waiting period counted as a consecutive number of days between the beginning of your Total Disability and the time you are eligible for benefits.

##### Loss of Employment Insurance

Means a waiting period counted as a consecutive number of days between the beginning of your Involuntary Loss of Employment and the time you are eligible for benefits.

The Elimination Period for involuntary loss of employment begins on the later of:

- the effective date of your Involuntary Loss of Employment; and
- if applicable, the end of the period of time for which any severance payments apply.

##### Loss of Self-Employment Insurance

Means a waiting period counted as a consecutive number of days between the beginning of your Loss of Self-Employment and the time you are eligible for benefits.

#### **Employed and Employment:**

Mean working for an employer who pays you wages or a salary. Employed does not include being Self-Employed.

#### **Enrol(s) or Enrolment:**

Means you Enrol for Credit Card Balance Protection Creditor's Group Insurance completed by way of voice recording or in writing.

#### **Group Policy:**

Means the creditor's group insurance policy issued by CUMIS Life to the Group Policyholder which makes life insurance, accidental dismemberment/paraplegia insurance, critical illness insurance, disability insurance, involuntary loss of employment insurance, and loss of self-employment insurance available to all eligible credit cardholders who choose to Enrol and pay the required Premium.

#### **Group Policyholder:**

Means the Credit Card Financial Services Provider.

#### **Health Care Practitioner:**

Means a person lawfully entitled to provide insured health services, as defined under the Canada Health Act.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

#### **Heart Attack:**

Means the death of a portion of the heart muscle, due to the blockage of adequate blood supply that results in a rise and fall of biochemical cardiac markers to levels considered diagnostic of myocardial infarction, with at least one (1) of the following:

- heart attack symptoms;
- new electrocardiogram (ECG) changes consistent with a heart attack; or
- development of new Q waves during or immediately following coronary angiography or coronary angioplasty.

The Diagnosis of Heart Attack must be made by a Specialist.

#### **CAUTION:**

**Heart Attack does not include, and we will not pay a critical illness insurance benefit for, any of the following:**

- **elevated biochemical cardiac markers as a result of coronary angiography or coronary angioplasty in the absence of new Q waves; or**
- **incidental findings of ECG changes suggesting a prior myocardial infarction, which do not meet the Heart Attack definition described above.**

#### **Insured:**

Means an individual, including you, who has enrolled and has met all eligibility requirements for insurance under the Group Policy.

#### **Insurer:**

Means CUMIS Life Insurance Company.

#### **Insured Credit Card:**

Means a credit card issued by the Group Policyholder for which you have enrolled for insurance coverage and for which you have paid the Premium.

#### **In-Transit Retail Sales:**

Means purchases made at a merchant, either in person or remotely, using your Insured Credit Card.

#### **Involuntary Loss of Employment:**

Means that your Employment was involuntarily terminated by your employer (not for cause) or suspended as a result of Layoff (temporary or permanent), and for which you are eligible to receive Unemployment Compensation.

Involuntary Loss of Employment may also be due to Strike which includes any disruption in employment due to a Labour Dispute or Lockout.

#### **Labour Dispute:**

Means a voluntary and simultaneous work stoppage or disruption of work by a group of employees, of which you are a part, acting together against one or more employers in an industry or territory.

#### **Layoff:**

Means a suspension of your Employment initiated by your employer, with a possibility of resumption, during which your employer does not pay you any compensation.

## Distribution Guide

### Credit Card Balance Protection

---

#### **Licensed Physician or Physician:**

Means a person who is legally licensed to practice medicine by the licensing authority of the provincial jurisdiction in which he or she is practicing within the scope of his or her licensed authority.

#### **Lockout:**

Means the action of your employer in temporarily closing your place of Employment, without terminating your Employment, as a result of a Labour Dispute.

#### **Loss of Self-Employment:**

Means while you are insured, you experience a period of unemployment due to the forced closure of your Business for financial reasons.

#### **Medical Advice or Treatment:**

Means consultation with any Licensed Physician or registered Health Care Practitioner. This includes, but is not limited to, medical or paramedical treatment and investigative tests, taking pills or any prescription medication, or receiving injections, for any condition related to the illness, disease or bodily injury for which you have made a claim.

#### **Outstanding Balance:**

Means the Outstanding Balance of your Insured Credit Card, as calculated by the Group Policyholder, upon which the monthly Premium is calculated and payable.

#### **Paraplegia:**

Means the total and permanent loss of use of both legs.

#### **Pre-Existing Condition:**

##### Life and Disability insurance

Means any illness, disease or bodily injury, condition or symptom (regardless of whether or not a Diagnosis has been made) for which you sought or received Medical Advice or Treatment within the **6 months** immediately preceding the Effective Date of Insurance.

##### Critical Illness insurance

Means any illness, disease or bodily injury, condition or symptom (regardless of whether or not a Diagnosis has been made) for which you sought or received Medical Advice or Treatment within the **12 months** immediately preceding the Effective Date of Insurance.

#### **CAUTION**

**Please refer to section D. Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage for additional information on specific exclusions related to Pre-Existing Conditions.**

#### **Premium:**

Means the total Premium payable for this insurance coverage for which you have elected to Enrol. The Premium is considered to be the cost of your insurance.

#### **Primary Cardholder:**

Means the individual who is named as the primary borrower on the Cardholder Agreement.

#### **Principal Occupation:**

Means the occupation from which you derived at least 75 per cent of your gross pay for the six month period immediately preceding the date of your Total Disability.



## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

#### **Return to Work:**

Means the date the Insured returns to work part-time, full-time or progressively, or on a temporary assignment, whether to carry out his normal duties, or any other duties.

#### **Seasonal Employee:**

Means your occupation is solely and directly subject to specific, identifiable and predictable periods of time during each calendar year when work is unavailable due to seasonal changes in the weather or other natural, non-economic factors which limit the period of time during which you are able to perform your occupation.

#### **Self-Employed:**

Means a person who earns income from their own business, company, trade, profession, partnership, corporation or other entity in which they have ownership interest.

#### **Settlement Interest:**

Means interest on the Outstanding Balance of your Insured Credit Card which we will pay as part of the insurance benefit. It is calculated, at a rate and for a term as determined by us, from the date of your death, date of your Accidental Dismemberment/Paraplegia or the Date of Diagnosis of your Critical Illness, depending on the insurance benefit payable, not to exceed 90 days.

#### **Specialist:**

Means a Licensed Physician who has been trained in the specific area of medicine relevant to the covered critical illness condition for which a benefit is being claimed and who has been certified by a specialty examining board. In the absence or unavailability of a Specialist and as approved by us, a condition may be Diagnosed by a qualified Licensed Physician practicing in Canada.

#### **Spouse:**

Means the person who is lawfully married to you, or the person who has been living with you for at least one year and is publicly represented as your Spouse.

#### **Strike:**

Means any disruption in employment due to a Labour Dispute or Lockout.

#### **Stroke:**

Means a cerebrovascular incident resulting in irreversible death of brain tissue due to:

- Cerebral haemorrhage;
- Cerebral embolism;
- Cerebral thrombosis; or
- Subarachnoid haemorrhage.

This event must result in significant neurological functional impairment that must be present on physical examination by a neurologist at least three months after the event and be permanent with no chance of recovery.

The Diagnosis must also be supported by findings on magnetic resonance imaging, computerized tomography or cerebral spinal fluid examination and must be consistent with the Diagnosis of stroke.

The Diagnosis of a Stroke must be made by a Specialist.

## Distribution Guide

### Credit Card Balance Protection

---

#### **CAUTION:**

**Stroke does not include, and we will not pay a critical illness insurance benefit for, any of the following medical conditions:**

- **Transient Ischaemic Attacks (TIA);**
- **Reversible Ischaemic Neurological Deficit (RIND);**
- **Brain damage due to an accident or injury, infection, vasculitis, inflammatory disease or migraine;**
- **Disorders of the blood vessels affecting the eye including infarction of the optic nerve or retina;**
- **Ischaemic disorders of the vestibular system; and**
- **Asymptomatic silent stroke found on imaging.**

#### **Suicide**

Means you die as a result of attempting to take your own life, whether sane or insane, within six months after the Effective Date of Insurance.

#### **Terminal Illness:**

Means your life expectancy is 12 months or less, as determined by a Licensed Physician we consider appropriate to make such a Diagnosis.

#### **Totally Disabled and Total Disability**

If you are Employed or a Seasonal Employee as of the date you became Totally Disabled, then Totally Disabled and Total Disability mean:

- you are not able to perform the substantial and material duties of your Principal Occupation; and
- you are receiving Appropriate Medical Care.

If you are unemployed, not working, retired, or receiving provincial, federal or any other benefits at the time you became Totally Disabled, then Totally Disabled and Total Disability mean:

- you are totally and continuously unable to carry out the normal Activities of Daily Living; and
- you are receiving Appropriate Medical Care.

#### **Unemployment Compensation**

Means monetary and/or other benefits provided by any applicable federal or provincial Employment insurance program or Employment assistance program.

## **II. INTRODUCTION**

The purpose of this Distribution Guide is to describe the insurance product offered to you and to present it in an easy-to-understand format in order to facilitate your comprehension of the product. The Distribution Guide is intended to help you determine whether this product is suited to your needs when you do not have the assistance of a life and health insurance advisor.

The Credit Card Balance Protection underwritten by CUMIS Life Insurance Company is an optional insurance product which offers security during times of financial hardship caused by certain life events. If you choose to Enrol for insurance, you will receive a Product Guide and Certificate of Insurance (the “certificate of insurance”), which contains important information about your insurance, including terms and conditions which may exclude, restrict or limit your coverage or benefits.

Some benefits are offered to the Primary Cardholder and his or her Spouse, and some benefits are offered to the Primary Cardholder only.

For the purpose of this guide, the terms “you” and “your” reference each individual and their Spouse who is eligible for insurance, as described under “Eligibility Requirements”.

## **III. DESCRIPTION OF THE PRODUCT OFFERED**

### **A. NATURE OF THE COVERAGE**

#### **Life Insurance:**

In the event of your death, the Insurer pays off or reduces the Outstanding Balance on your Insured Credit Card, up to a maximum of \$25,000.

Offered to the Primary Cardholder and Spouse.

#### **Living Benefit:**

In the event you are Diagnosed with a Terminal Illness, the Insurer pays off or reduces the Outstanding Balance on your Insured Credit Card, up to a maximum of \$25,000.

Offered to the Primary Cardholder and Spouse.

#### **Accidental Dismemberment/Paraplegia insurance :**

In the event you suffer Accidental Dismemberment or Paraplegia, the Insurer pays off or reduces the Outstanding Balance on your Insured Credit Card, up to a maximum of \$25,000.

Offered to the Primary Cardholder and Spouse.

#### **Critical Illness insurance :**

In the event you are Diagnosed with a covered Critical Illness, the Insurer pays off or reduces the Outstanding Balance on your Insured Credit Card, up to a maximum of \$25,000.

Offered to the Primary Cardholder and Spouse.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

#### **Disability insurance:**

In the event you become Totally Disabled, the Insurer covers your monthly Insured Credit Card payment.

Offered to the Primary Cardholder and Spouse.

#### **Involuntary Loss of Employment insurance:**

In the event of an Involuntary Loss of Employment or disruption in Employment due to a Strike, Labour Dispute or Lockout, the Insurer covers your monthly Insured Credit Card payment.

Involuntary Loss of Employment means your Employment has ceased directly and solely as a result of:

- a complete and permanent severance of your Employment without cause;
- a Layoff by your employer; or
- a Strike, Labour Dispute or Lockout.

Offered to the Primary Cardholder only.

#### **Loss of Self-Employment insurance:**

If, while insured, you experience a period of unemployment due to the forced closure of your Business for financial reasons and remain unemployed for more than 90 consecutive days, you may be entitled to receive a benefit. The Insurer covers your monthly Insured Credit Card payment.

Loss of Self-Employment means you worked for income received from:

- a trade or profession in which you were engaged,
- a partnership in which you were a partner,
- your own Business, or
- a private company or other entity in which you had an ownership interest.

Offered to the Primary Cardholder only.

## **B. BENEFICIARY OF THE INSURANCE**

If payable, insurance benefits will be paid to the Group Policyholder. As the creditor for your Insured Credit Card, the Group Policyholder will apply the benefits towards the Outstanding Balance of your Insured Credit Card or otherwise to your credit.

## Distribution Guide

### Credit Card Balance Protection

---

## C. SUMMARY OF SPECIFIC FEATURES

---

### Eligibility Requirements

---

As the Primary Cardholder, you are eligible to Enrol for life insurance, accidental dismemberment/paraplegia insurance, critical illness insurance, disability insurance, involuntary loss of employment insurance, and loss of self-employment insurance on your Insured Credit Card if, on the date of your Enrolment:

- you are **16 to 69 years old** inclusively;
- you obtained a credit card with the Group Policyholder;
- you are a Canadian resident (living in Canada at least six months out of the year);
- you have a legal obligation to repay your indebtedness as a Primary Cardholder;
- you have a legal obligation to repay your indebtedness to the Group Policyholder either as a Business owner, key person, or any person associated with the Business who is obligated to the debt;
- you have not made a claim for a living benefit under any creditor's group insurance policy or certificate of insurance issued by us.

**CAUTION:**

**Your Spouse will also be covered for all insurance except involuntary loss of employment insurance and loss of self-employment insurance only if he/she meets the eligibility requirements stated above on the date the Primary Cardholder Enrols for insurance.**

---

### Insurance Coverage Starts

---

If you meet the eligibility requirements to Enrol as described above, your Effective Date of Insurance begins on the day you Enrol for Credit Card Balance Protection Creditor's Group Insurance.

The collection of insurance Premium in error, does not make insurance effective if you are not otherwise eligible or insurable for coverage.

---

### Amount of Life Insurance Benefit (Primary Cardholder and Spouse)

---

In case of death, we will pay the lesser of the following:

- the Outstanding Balance on your Insured Credit Card at date of death; or
- \$25,000.

This includes any In-Transit Retail Sales and Cash Advances incurred prior to death. We will also pay Accrued Interest on the applicable amount as calculated above, as well as Settlement Interest.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

This life insurance benefit is subject to the limitations and exclusions described in the “Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage” section of this guide.

---

### **Amount of Living Benefit (Primary Cardholder and Spouse)**

---

If you are Diagnosed with a Terminal Illness, we will pay the lesser of the following:

- the Outstanding Balance on your Insured Credit Card as of the Date of Diagnosis of a Terminal Illness; or
- \$25,000.

This includes any In-Transit Retail Sales and Cash Advances incurred prior to the Date of Diagnosis. We will also pay Accrued Interest on the applicable amount as calculated above, as well as Settlement Interest.

This living benefit is subject to the limitations and exclusions described in the “Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage” section of this guide.

---

### **Amount of Accidental Dismemberment/Paraplegia Insurance Benefit (Primary Cardholder and Spouse)**

---

If you suffer Accidental Dismemberment or Paraplegia within 90 days of the date of an accidental bodily injury causing loss, we will pay the lesser of the following:

- the Outstanding Balance on your Insured Credit Card as of the of Accidental Dismemberment or Paraplegia; or
- \$25,000.

This includes any In-Transit Retail Sales and Cash Advances incurred prior to the date of Accident. We will also pay Accrued Interest on the Outstanding Balance of your Insured Credit Card as well as Settlement Interest.

The accidental dismemberment/paraplegia insurance benefit is subject to the limitations and exclusions described in the “Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage” section of this guide.

---

### **Amount of Critical Illness Insurance Benefit (Primary Cardholder and Spouse)**

---

If you are Diagnosed with a Critical Illness as confirmed by appropriate results, we will pay the lesser of the following:

- the Outstanding Balance on your Insured Credit Card as of the date of your Diagnosis; or
- \$25,000.

## Distribution Guide

### Credit Card Balance Protection

---

This includes any In-Transit Retail Sales and Cash Advances incurred prior to the Date of Diagnosis. We will also pay Accrued Interest on the applicable amount as calculated above, as well as Settlement Interest.

**CAUTION:**

**If you are Diagnosed with a Critical Illness and we pay a critical illness insurance benefit, your critical illness insurance will end. However, your life insurance, accidental dismemberment/paraplegia insurance, disability insurance, involuntary loss of employment insurance, and loss of self-employment insurance will continue, subject to the exclusions described in the certificate of insurance.**

**CAUTION:**

**To be eligible for a critical illness insurance benefit, your Diagnosis of Heart Attack, Stroke or Cancer must be made after the Effective Date of Insurance and before your insurance ends.**

This critical illness insurance benefit is subject to the limitations and exclusions described in the “Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage” section of this guide.

---

## Amount of Disability Insurance Benefit (Primary Cardholder and Spouse)

---

If you become Totally Disabled and your Total Disability insurance claim is approved, we will pay a monthly disability insurance benefit.

The monthly disability insurance benefit will be equivalent to:

- 5% of the Outstanding Balance on the date of Total Disability

The maximum amount of disability insurance benefits per occurrence will be equal to the lesser of:

- the Outstanding Balance owing on your Insured Credit Card as of the date of Total Disability; and
- \$25,000.

We will start paying disability insurance benefits as of the expiry of an Elimination Period of 30 days. You must become Totally Disabled and remain Totally Disabled throughout the Elimination Period, before you are eligible for benefits. Once we have approved your claim, we will start paying disability insurance benefits as of the expiry of the Elimination Period.

The Elimination Period for disability benefits is retroactive. A retroactive Elimination Period means we will pay insurance benefits retroactively to the start of your Total Disability. You are responsible for making your regular Insured Credit Card payments during the Elimination Period and while your claim is under review.

## Distribution Guide

### Credit Card Balance Protection

---

We will make the claim payment directly to the Group Policyholder who will then credit the payment to your Insured Credit Card account.

#### **CAUTION:**

**If we approve your claim for disability insurance benefits, the monthly disability insurance benefit amount will be calculated and will remain the same for the duration of the claim period.**

**If you add to or pay down the Outstanding Balance of your Insured Credit Card after the date of your Total Disability, the monthly benefit amount we pay will not change.**

To qualify for disability insurance benefits and to continue to receive these benefits, you must:

- be considered Actively at Work;
- be receiving Appropriate Medical Care, by a Licensed Physician we consider appropriate, for a medically determined sickness, disease or accidental bodily injury;
- not be engaged in any activity for wages or expectation of profit, however, at our sole discretion and judgement, we may continue to pay disability insurance benefits while you engage in a gradual Return to Work program or rehabilitative Employment we consider appropriate; and
- provide initial satisfactory proof of your Total Disability insurance claim and ongoing proof when requested.

#### **Recurring Disabilities**

A Recurring Disability means if your Total Disability recurs within 21 days after you recover from the same or a related Total Disability, we will consider this to be a continuation of your previous Total Disability. If this happens, the Elimination Period will not apply to your claim for recurrence.

The monthly disability insurance benefit will be calculated and paid based on the prior Total Disability. The total disability insurance benefits for a recurrent Total Disability shall not exceed the maximum amount that would have been paid in respect of the prior Total Disability.

#### **Concurrent Disabilities**

A Concurrent Total Disability means you sustain a second Total Disability while you are already receiving disability benefits for an unrelated condition.

If this happens, a new Total Disability insurance claim can be submitted subject to the following:

- the medical condition causing the Concurrent Total Disability must be unrelated, (directly or indirectly) to the initial Total Disability; and
- if your Concurrent Total Disability insurance claim is approved and you are still Totally Disabled by it, we will begin payment of benefits on this new claim immediately after your initial Total Disability has ended.

At any time during the process of claiming or paying disability insurance benefits, we may require you to be assessed as we consider appropriate.



## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

You are responsible to make up any deficiency between your monthly Insured Credit Card payment amount and the disability insurance benefit.

This disability insurance benefit is subject to the limitations and exclusions described in the “Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage” section of this guide.

---

### **Amount of Involuntary Loss Of Employment Insurance Benefit (Primary Cardholder only)**

---

If you are affected by an Involuntary Loss of Employment and your claim is approved, we will pay a monthly Involuntary Loss of Employment insurance benefit.

The monthly Involuntary Loss of Employment insurance benefit will be equivalent to:

- 5% of the Outstanding Balance as of the date of the Involuntary Loss of Employment.

The maximum amount of Involuntary Loss of Employment insurance benefits per occurrence will be equal to the lesser of:

- the Outstanding Balance owing on your Insured Credit Card as of the date of Involuntary Loss of Employment; and
- \$25,000.

We will start paying Involuntary Loss of Employment insurance benefits as of the expiry of an Elimination Period of 30 days. You must experience an Involuntary Loss of Employment and remain unemployed throughout the Elimination Period before you are eligible for benefits. We will start paying insurance benefits as of the expiry of the Elimination Period.

The Elimination Period for Involuntary Loss of Employment is retroactive. A retroactive Elimination Period means we will pay insurance benefits retroactively to the start of your Involuntary Loss of Employment. You are responsible for making your regular Insured Credit Card payments during the Elimination Period and while your claim is under review.

We will make the claim payment directly to the Group Policyholder who will then credit the payment to your Insured Credit Card account.

**CAUTION:**

**If you are Self-Employed, a Seasonal Employee or an elected government official, you are not eligible for involuntary loss of employment insurance benefits.**

## Distribution Guide

### Credit Card Balance Protection

---

#### **CAUTION:**

**If we approve your claim for involuntary loss of employment insurance benefits, the monthly involuntary loss of employment insurance benefit amount will be calculated and will remain the same for the duration of the claim period.**

**If you add to or pay down the Outstanding Balance of your Insured Credit Card after the date of your Involuntary Loss of Employment, the monthly benefit amount we pay will not change.**

To qualify for Involuntary Loss of Employment insurance benefits and to continue to receive these benefits, you must have been Actively at Work.

If your Involuntary Loss of Employment is not due to Strike, you must:

- upon experiencing an Involuntary Loss of Employment, immediately register with the appropriate federal (and, where applicable, provincial) government department or agency in order to qualify for and receive Unemployment Compensation;
- provide us with evidence, which we consider satisfactory, of your registration for and receipt of Unemployment Compensation;
- be actively seeking Employment; and
- remain unemployed.

You are responsible to make up any deficiency between your monthly Insured Credit Card payment amount and the Involuntary Loss of Employment insurance benefit.

This Involuntary Loss of Employment insurance benefit is subject to the limitations and exclusions described in the “Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage” section of this guide.

#### **Re-Eligibility For Involuntary Loss Of Employment Insurance Benefits**

You will be re-eligible for involuntary loss of employment insurance benefits after the completion of payments under an involuntary loss of employment claim if you become Employed in a non-seasonal occupation with the same employer for at least three (3) consecutive months.

---

#### **Amount of Loss Of Self-Employment Insurance Benefit (Primary Cardholder only)**

---

If you experience a Loss of Self-Employment, and your claim is approved, we will pay a monthly Loss of Self-Employment insurance benefit.

The monthly Loss of Self-Employment insurance benefit will be equivalent to:

- 5% of the Outstanding Balance as of the date of your Loss of Self-Employment.

The maximum amount of Loss of Self-Employment insurance benefits per occurrence will be equal to the lesser of:

- the Outstanding Balance owing on your Insured Credit Card as of the date of Loss of Self-Employment; and
- \$25,000.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

We will start paying insurance benefits as of the expiry of an Elimination Period of 90 days. You must experience a Loss of Self-Employment and remain unemployed throughout the Elimination Period before you are eligible for benefits. We will start paying insurance benefits as of the expiry of the Elimination Period.

The Elimination Period for loss of self-employment is non-retroactive. A non-retroactive Elimination Period means we will not pay insurance benefits retroactively to the start of your Loss of Self-Employment. You are responsible for making your regular Insured Credit Card payments during the Elimination Period and while your claim is under review.

We will make the claim payment directly to the Group Policyholder who will then credit the payment to your Insured Credit Card account.

#### **CAUTION:**

**If we approve your claim for Loss of Self-Employment insurance benefits, the monthly Loss of Self-Employment insurance benefit amount will be calculated and will remain the same for the duration of the claim period.**

**If you add to or pay down the Outstanding Balance of your Insured Credit Card after the date of your Loss of Self-Employment, the monthly benefit amount we pay will not change.**

To qualify for Loss of Self-Employment insurance benefits and to continue to receive these benefits, you must:

- have been Actively at Work;
- provide us with evidence in respect of your Loss of Self-Employment, including:
  - a) financial records,
  - b) satisfactory proof of your Self-Employment status and income from Self-Employment both in the period prior to the date of occurrence and thereafter,
  - c) copies of Business license or articles of incorporation, and
  - d) any other documents attesting to the loss as applicable; and
- remain unemployed.

You are responsible to make up any deficiency between your monthly Insured Credit Card payment amount and the Loss of Self-Employment insurance benefit.

This Loss of Self-Employment insurance benefit is subject to the limitations and exclusions described in the “Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage” section of this guide.

#### **Re-Eligibility For Loss Of Self-Employment Insurance Benefits**

You will be re-eligible for loss of self-employment insurance benefits after the completion of payments under a loss of self-employment claim when you are Self-Employed for at least 20 hours per week in an active Business that has been registered or incorporated for a period of at least 36 consecutive months.

## **D. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OR REDUCTION IN COVERAGE**

### **CAUTION**

#### **EXCLUSIONS RELATED TO LIFE INSURANCE**

##### **Pre-Existing Condition Exclusion**

We will not pay a claim if your death:

- occurs within 6 months after the Effective Date of Insurance; and
- results directly or indirectly from a Pre-Existing Condition during the 6 months immediately preceding the Effective Date of Insurance.

Also, the life insurance benefit is not payable if your death results directly or indirectly from or is in any way related to:

- you committing Suicide;
- you committing or attempting to commit a criminal offence;
- you using or ingesting any drug, alcohol, poisonous substance, intoxicant and/or narcotic other than as prescribed and administered by or in accordance with the instruction of a Licensed Physician;
- your operation or control of any motorized vehicle or watercraft with blood alcohol concentration in excess of legal limits in the applicable jurisdiction; or
- you or your estate representative not providing us with notice and proof of your claim within the time limits specified in the certificate of insurance.

##### **After Payment Of A Critical Illness Insurance Benefit**

We will not pay a life insurance benefit if, within 12 months of the date you were Diagnosed with a Critical Illness, you die from any illness, disease, bodily injury, or condition (regardless of whether or not a Diagnosis has been made) related directly or indirectly to the Diagnosis for which we paid the critical illness insurance benefit

### **CAUTION**

#### **EXCLUSIONS RELATED TO ACCIDENTAL DISMEMBERMENT / PARAPLEGIA INSURANCE**

We will not pay an accidental dismemberment insurance benefit or paraplegia insurance benefit for a loss caused by or contributed to by:

- any attempted Suicide or self-destruction while sane or insane; or
- any intentionally self-inflicted injury while sane or insane; or
- the commission of or the attempted commission of a criminal offence; or
- disease or bacterial infection; or
- war or any act of war; or
- medical or surgical treatment; or
- the operation of a motor vehicle under the influence of alcohol or drugs; or
- the use of narcotics or other drugs not prescribed by a Licensed Physician or surgeon.

**CAUTION**

**EXCLUSIONS RELATED TO CRITICAL ILLNESS INSURANCE**

**Pre-Existing Condition Exclusion**

We will not pay a claim if your Critical Illness:

- occurs within **12 months** after the Effective Date of Insurance; and
- results directly or indirectly from a Pre-Existing Condition during the **12 months** immediately preceding the Effective Date of Insurance.

Also, the critical illness insurance benefit will not be payable if your medical condition is a result of:

- your Diagnosis not fully meeting the requirements for the definitions of Heart Attack, Stroke or Cancer;
- your Diagnosis is specifically listed under the Heart Attack, Stroke or Cancer definitions, under the heading "Caution";
- your medical condition results directly or indirectly from you self-inflicting an injury or attempting to take your own life, whether sane or insane;
- you committing or attempting to commit a criminal offence;
- you using or ingesting any drug, alcohol, poisonous substance, intoxicant and/or narcotic other than as prescribed and administered by or in accordance with the instruction of a Licensed Physician;
- your operation or control of any motorized vehicle or watercraft with blood alcohol concentration in excess of legal limits in the applicable jurisdiction; or
- you or your estate representative not providing us with notice and proof of your claim within the time limits specified.

**Diagnosis of Cancer Within 90 Days**

*If you are Diagnosed with Cancer within 90 days following the Effective Date of Insurance, a critical illness insurance benefit for Cancer will not be considered at any time.*

**CAUTION**

**EXCLUSIONS RELATED TO DISABILITY INSURANCE**

**Pre-Existing Condition Exclusion**

We will not pay a claim if your Disability:

- occurs within **6 months** after the Effective Date of Insurance; and
- results directly or indirectly from a Pre-Existing Condition during the **6 months** immediately preceding the Effective Date of Insurance.

Also, the disability insurance benefit will not be payable if your Total Disability:

- began prior to the Effective Date of Insurance;
- results from your normal pregnancy (that is, your pregnancy is not Diagnosed as high risk by a Licensed Physician we consider appropriate);
- began when you were confined, as a result of criminal proceedings against you, to a penal institution, government detention facility, hospital or similar institution;
- began after your insurance coverage ended;

- **began when your age is equal to or greater than 70 years old as of the date of your Total Disability;**
- **is related to you attempting to take your own life, whether sane or insane;**
- **is related to you committing or attempting to commit a criminal offence;**
- **is related to you using, ingesting or enrolled in a rehabilitation program for ingesting any drug, alcohol, poisonous substance, intoxicant and/or narcotic other than as prescribed and administered by or in accordance with the instruction of a Licensed Physician;**
- **is related to your operation or control of any motorized vehicle or watercraft with blood alcohol concentration in excess of legal limits in the applicable jurisdiction;**
- **is related to an elective surgery; or**
- **if you are receiving involuntary loss of employment insurance benefits or loss of self-employment insurance benefits from CUMIS.**

**After Payment Of A Critical Illness Insurance Benefit**

**We will not pay a disability insurance benefit if, within 12 months of the date you were Diagnosed with a Critical Illness, you become Totally Disabled from any illness, disease, bodily injury, or condition (regardless of whether or not a Diagnosis has been made) related directly or indirectly to the Diagnosis for which we paid the critical illness insurance benefit.**

**CAUTION**

**EXCLUSIONS RELATED TO INVOLUNTARY LOSS OF EMPLOYMENT INSURANCE**

**We will not pay involuntary loss of employment insurance benefits if:**

- **your Involuntary Loss of Employment results from your resignation, retirement or your voluntary surrender of your Employment;**
- **your Involuntary Loss of Employment results from dishonesty, fraud, conflict of interest, refusal to carry out your duties or willful or criminal misconduct;**
- **your Involuntary Loss of Employment results from you being Self-Employed, a Seasonal Employee or an elected government official;**
- **your Involuntary Loss of Employment results from or ends prior to the expiration of a specific contract of Employment;**
- **your Involuntary Loss of Employment began prior to the Effective Date of Insurance;**
- **your Involuntary Loss of Employment began when you were confined, as a result of criminal proceedings against you, to a penal institution, government detention facility, hospital or similar institution;**
- **you are terminated by your employer for cause;**
- **your Involuntary Loss of Employment began after your insurance coverage ended;**
- **you are on maternity or parental leave or leave of absence;**
- **your age being equal to or greater than 70 years old as of the date of your Involuntary Loss of Employment;**
- **you are receiving disability insurance benefits or loss of self-employment insurance benefits from CUMIS under the certificate of insurance;**
- **your claim results directly or indirectly from or is in any way related to:**
  - a) **you committing or attempting to commit a criminal offence;**
  - b) **you using or ingesting any drug, alcohol, poisonous substance, intoxicant**

- and/or narcotic other than as prescribed and administered by or in accordance with the instruction of a Licensed Physician; or
- c) your operation or control of any motorized vehicle or watercraft with blood alcohol concentration in excess of legal limits in the applicable jurisdiction; or
- your Unemployment Compensation claim is not paid for any reason (not applicable if Involuntary Loss of Employment is due to Strike).

**Involuntary Loss Of Employment Within 30 days**

We will not pay involuntary loss of employment insurance benefits if your Involuntary Loss of Employment begins within 30 days of the Effective Date of Insurance. This means that you will be eligible to claim involuntary loss of employment insurance benefits when you have once again been Employed for a minimum of 20 hours per week for 3 consecutive months.

**CAUTION**

**EXCLUSIONS RELATED TO LOSS OF SELF-EMPLOYMENT INSURANCE**

We will not pay loss of self-employment insurance benefits if Loss of Self-Employment is due to or resulting from any of the following:

- your Loss of Self-Employment began prior to the Effective Date of Insurance;
- your voluntary forfeiture of salary, wages, or income;
- your retirement;
- your age being equal to or greater than 70 years old as of the date of your Loss of Self-Employment;
- your dishonesty, fraud, conflict of interest, refusal to carry out your duties or willful or criminal misconduct;
- you engage in any Employment for remuneration or profit;
- began after your insurance coverage ended;
- you being confined, as a result of criminal proceedings against you, to a penal institution, government detention facility, hospital or similar institution;
- you being on maternity or parental leave or leave of absence;
- you receiving disability insurance benefits or involuntary loss of employment insurance benefits from CUMIS under the certificate of insurance;
- your claim resulting directly or indirectly from or is in any way related to:
  - d) you committing or attempting to commit a criminal offence;
  - e) you using or ingesting any drug, alcohol, poisonous substance, intoxicant and/or narcotic other than as prescribed and administered by or in accordance with the instruction of a Licensed Physician; or
  - f) your operation or control of any motorized vehicle or watercraft with blood alcohol concentration in excess of legal limits in the applicable jurisdiction.

**Loss Of Self-Employment Within First 12 Months**

We will not pay loss of self-employment insurance benefits if your Loss of Self-Employment due to closure of your Business begins within the first 12 months of the Effective Date of Insurance for any reason. This means that you will be eligible to claim loss of self-employment insurance benefits when you have once again been Self-Employed for a minimum of 20 hours per week for 36 consecutive months.

**OTHER LIMITATIONS**

**Life, Living Benefit, Accidental Dismemberment/Paraplegia and Critical Illness**

**If more than one Insured's death, Accidental Dismemberment/Paraplegia or Diagnosis of a Critical Illness or terminal illness occurs on the same date, only one benefit will be paid based on the first Insured to claim; at which time all insurance under the certificate of insurance will be terminated.**

**In no circumstances will we pay more than the Outstanding Balance on your Insured Credit Card; nor will the benefit payable exceed \$25,000.**

**Disability**

**If more than one Insured has a Total Disability claim at the same time, under the same Insured Credit Card, only one benefit will be paid at a time. The benefit paid will be limited to the maximum benefit payable (the lesser of \$25,000 or Outstanding Balance on date of loss).**



## **E. END OF INSURANCE COVERAGE**

All insurance coverage, that is, life insurance, accidental dismemberment/paraplegia insurance, critical illness insurance, disability insurance, involuntary loss of employment insurance, and loss of self-employment insurance, for which the Primary Cardholder has enrolled, will end on the earlier of the following:

- a) the date you reach **70 years old**;
- b) the date the Group Policyholder receives your request for cancellation of the insurance in writing or by phone;
- c) the date your Cardholder Agreement with the Group Policyholder is terminated;
- d) the date you are released, by operation of law, from your legal obligation to repay your Insured Credit Card (whether upon discharge from bankruptcy or otherwise);
- e) the date upon which your required Insured Credit Card payments have been delinquent for 90 consecutive days;
- f) the date the Group Policy is terminated in accordance with its terms; and
- g) the date of the Primary Cardholder's death.

Insurance for the Primary Cardholder's Spouse will end on the earlier of the following:

- a) the date the Primary Cardholder ceases to be insured;
- b) the date the Spouse no longer meets the definition of a Spouse;
- c) the date the Spouse reaches 70 years old; and
- d) the date of the Spouse's death.

## **F. HOW TO CANCEL THIS INSURANCE**

Your insurance coverage with CUMIS is entirely voluntary and you may cancel it at any time.

To cancel your insurance, please contact the Group Policyholder. Only the Primary Cardholder can cancel the Credit Card Balance Protection.

If you cancel your insurance coverage within **30 days** of your Effective Date of Insurance, provided no claim has been made, you will receive a full refund of any Premium that you have paid, and the insurance coverage will be deemed never to have been in force.

You may also cancel this insurance any time after the 30-day review period, in accordance with the certificate of insurance, with no Premium refund, unless required by law.

**Distribution Guide**Credit Card Balance Protection

---

**G. ADDITIONAL INFORMATION**

---

**About Your Insurance Premium**

---

Your monthly insurance Premium is calculated based on the Outstanding Balance of your Insured Credit Card indicated on your monthly credit statement, as calculated by the Group Policyholder.

Premium rates are expressed in dollars and/or cents for every \$100 of Outstanding Balance on your Insured Credit Card. Your monthly Premium, before applicable taxes, can be calculated by multiplying the \$0.99 rate per \$100 of Outstanding Balance on your Insured Credit Card to a maximum of \$10,000.

**Premium Payments**

---

Each month, your monthly insurance Premium, plus applicable taxes, as charged by the Group Policyholder is added to your monthly Insured Credit Card statement.

To keep your insurance in force, your Premium must be paid when due.

**Refund of Premium while receiving a monthly benefit**

---

Premium will be charged to your Insured Credit Card account for the duration of your claim. During this time, you will receive a Premium refund. The amount of refund is equal to the Premium calculated based on the Outstanding Balance used to determine the monthly benefit payable, and will be added to each monthly benefit payment.

This refund amount will remain unchanged for the duration of the claim period. If you continue to use your credit card while on claim, you will be responsible for the new Premium on any new charges.

**Premium Rate Changes**

---

Under the terms of the Group Policy, we may change Premium rates on written notice to the Group Policyholder. Written notice will also be sent to you by regular mail to your address as it appears on file, at least 30 days before the Premium rate is changed. Except in cases where a change in legislation or regulation directly affects the insurance coverage provided under the Group Policy, the Premium rate will not be changed more than once in any twelve (12) month period.

**Currency**

---

All amounts payable to or by us shall be in Canadian dollars.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

---

## **Material Misrepresentation**

---

If you misrepresent information at time of claim (that is, if you provide incorrect information or fail to disclose information), which is material or important to your insurance, your insurance may be void from the beginning and treated as if never in force. In case of misrepresentation, we would decline your claim and, except for fraud, refund your insurance Premium, less our applicable processing fee.

---

## **Misstatement Of Age**

---

If you misstated your age when you enrolled for insurance coverage, and as a result your correct age would have made you ineligible for Credit Card Balance Protection Creditor's Group Insurance coverage, the liability of CUMIS Life is limited to a refund of Premium paid, and your insurance will be void as if it never existed.

If you would have been eligible for coverage based upon your correct age, we will make any adjustments to insurance benefits, Premium or term that are necessary to continue coverage.

---

## **Conformity With Statutes**

---

If, on the Effective Date of Insurance, any part of the certificate of insurance conflicts with the statutes governing the certificate of insurance, the provisions of such statutes shall govern.

---

## **Cancellation Of Certificate Or Policy**

---

We reserve the right to cancel the Group Policy. If this happens, your Group Policyholder will notify you at least **30 days** before the effective date of cancellation, and we will honour all valid claims arising before that date.

#### **IV. SUBMISSION OF A CLAIM**

##### **A. PROOF OF CLAIM**

The insurance claims process is different for each type of claim.

###### Life Insurance

To make a life insurance claim, CUMIS Life Insurance Company is the first point of contact for your next of kin or your estate representative. CUMIS Life will contact the Group Policyholder to co-ordinate the required claim forms as well as the supporting Insured Credit Card information required to initiate the claim.

The Group Policyholder will be notified when a claim decision has been made who will then notify your estate representative. At any time, your estate representative may contact CUMIS for the status of the claim.

**CAUTION:**

**Your estate representative must submit notice and proof of claim within one year of the date of your death. This includes proof of your death and all other supporting documentation which we require.**

###### Living Benefit, Accidental Dismemberment/Paraplegia, Critical Illness, Disability, Involuntary Loss Of Employment Or Loss Of Self-Employment

To make a living benefit, accidental dismemberment/paraplegia, critical illness, disability, involuntary loss of employment or loss of self-employment insurance claim, contact CUMIS. When you make the initial call, we will start by asking you for information so we can identify you and your Insured Credit Card. The information we require to establish your entitlement to benefits may be different for each type of claim.

After your claim is submitted, we will let you know if we require additional documentation or information. We will also ask you to complete and return to us an authorization form so we may obtain information directly from your Physician(s), employer or other sources we consider appropriate.

Please note you will remain legally responsible to make your Insured Credit Card payments and pay your insurance Premium to the Group Policyholder throughout the course of any claim. We will notify you and the Group Policyholder in writing if we approve or decline your claim. If we approve your claim, we will pay the benefits described in the certificate of insurance. If we decline your claim, we will provide you with reasons.

**CAUTION:**

**For accidental dismemberment/paraplegia:**

- **Claims must be reported to us within one year of the date of loss, including proof of loss and supporting documentation which we may require**

**For living benefit, critical illness, disability, involuntary loss of employment or loss of self-employment insurance:**

- **Claims you must provide us with written notice within 30 days of the date your claim first arises (that is, the date you were Diagnosed with a terminal illness, Critical Illness, you first became Totally Disabled, or you experienced an Involuntary Loss of Employment).**
- **You must also submit proof of your claim, in a form we consider acceptable, within 90 days of the date your claim first arises. If we do not receive notice of claim within these specified time limits, you must provide a written reasonable cause for delay within one year of the date of claim, or as set out in provincial insurance legislation.**
- **For loss of self-employment insurance claims, you must also provide us with additional information, including financial records, copies of Business license or articles of incorporation, and any other documents attesting to the loss, as applicable.**

**B. IMPORTANT TIME LIMITS FOR NOTICE OF CLAIM**

**CAUTION:**

**In the event of a claim, please contact us as soon as possible. You must provide us with notice and proof of your claim within the time limits specified in the “Proof of Claim” section of this guide. If you do not do so, we may decline your claim and not pay any insurance benefits.**

The insurance claims process is different for each type of claim as described in the Proof of Claim section below. You may also obtain information on submitting a claim by visiting [www.cumis.com](http://www.cumis.com) or by contacting us directly for assistance.

CUMIS Life Insurance Company  
151 North Service Road, P.O. Box 5065  
Burlington, ON L7R 4C2  
Attention: Claims Centre

Toll-free telephone: 1.800.263.9120  
Toll-free confidential fax: 1.800.897.7065  
Confidential email: [claims.centre@cumis.com](mailto:claims.centre@cumis.com)

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

#### **Rights Of Examination**

We may ask you to have a medical examination by a Physician of our choice. We will pay for this examination, but will not pay any benefits if you refuse to have the examination. In the event of a death claim, we have the right, where allowed by law, to ask for an autopsy.

#### **C. RESPONSE FROM THE INSURER**

Within **30 days** after receiving a satisfactory proof of claim, we will either:

- pay the benefits provided for under the Policy; or
- inform You in writing of the reasons why we believe that no benefits are payable.

Benefits will be paid to the Creditor and will be used to reduce or pay off Your Loan or Lease.

#### **D. END OF MONTHLY INSURANCE BENEFIT PAYMENTS (FOR DISABILITY INSURANCE, INVOLUNTARY LOSS OF EMPLOYMENT INSURANCE AND LOSS OF SELF-EMPLOYMENT INSURANCE)**

---

#### **End of Disability Insurance Monthly Benefit Payments**

---

Disability insurance benefits will be paid until the earliest of the following:

- the date you are no longer Totally Disabled;
- the date that we have paid the Maximum Benefit Payable Per Occurrence of \$25,000;
- the date the Outstanding Balance of your Insured Credit Card as of the date of your Total Disability has been paid;
- the date you become confined, as a result of criminal proceedings against you, to a penal institution government detention facility, hospital or similar institution;
- the date you participate in any Business or occupation for wages or profit;
- you are no longer under the active care of a Physician;
- you refuse to submit to a medical exam by a Physician selected by us;
- the date you fail to provide satisfactory proof of continuing Total Disability;
- the date your insurance ends, as described under the heading "End Of Insurance Coverage";
- the date you begin receiving involuntary loss of employment insurance benefits or loss of self-employment insurance benefits from CUMIS; or
- the date you reach **70 years old**.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

---

#### **End of Involuntary Loss Of Employment Insurance Monthly Benefit Payments**

---

Involuntary loss of employment insurance benefits will be paid until the earliest of the following:

- the date you Return to Work;
- the date you become Self-Employed;
- the date the Outstanding Balance of your Insured Credit Card as of the date of your Involuntary Loss of Employment has been paid;
- the date that we have paid the Maximum Benefit Payable Per Occurrence of \$25,000;
- the date you become confined, as a result of criminal proceedings against you, to a penal institution government detention facility, hospital or similar institution;
- the date you participate in any Business or occupation for wages or profit;
- the date your insurance ends, as described under the heading “End Of Insurance Coverage”;
- the date you begin receiving disability insurance benefits or loss of self-employment insurance benefits under the certificate of insurance for the Insured Credit Card;
- the date you do not provide satisfactory proof of your continuing receipt of Unemployment Compensation or satisfactory proof of your continuing unemployment (not applicable if Involuntary Loss of Employment is due to Strike); or
- the date you reach **70 years old**.

---

#### **End of Loss Of Self-Employment Insurance Monthly Benefit Payments**

---

Loss of self-employment benefits will be paid until the earliest of the following:

- the date you Return to Work;
- the date you become engaged in any Employment;
- the date the Outstanding Balance of your Insured Credit Card as of the date of your Loss of Self-Employment has been paid;
- the date we have paid the Maximum Benefit Payable Per Occurrence of \$25,000;
- the date you become confined, as a result of criminal proceedings against you, to a penal institution, government detention facility, hospital or similar institution;
- the date your insurance ends, as described under the heading “End Of Insurance Coverage”;
- the date you begin receiving disability insurance benefits or involuntary loss of employment insurance benefits under the certificate of insurance for the Insured Credit Card;
- the date you do not provide satisfactory proof of your continuing unemployment; or
- the date you reach **70 years old**.

**E. APPEAL FROM INSURER'S RULING AND RECOURSES**

If the insurance claim is declined and there is disagreement with our decision, a formal written request to appeal may be submitted. The written request to appeal must explain why there is disagreement, and supporting documentation must be provided. Upon receipt, we will review the request and advise on our decision of the appeal.

If our decision of the appeal is not satisfactory, we will provide information on the steps which can be taken to have concerns reviewed further. This may include, if desired, contacting our Ombuds Office.

**Mail:** Ombuds Office  
The Co-operators Group Limited  
130 Macdonell Street  
Guelph, ON N1H 6P8

**Email:** [ombuds@cooperators.ca](mailto:ombuds@cooperators.ca)

**Phone:** 1-877-720-6733

**Fax:** 1-519-823-9944

If we decline your claim or terminate your insurance benefits, provincial laws strictly limit the time periods within which you may commence legal proceedings against an insurer to recover insurance benefits. This time period starts on the date we initially decline your claim or terminate insurance benefits.

Every action or proceeding against an insurer for the recovery of insurance money payable under the contract is absolutely barred unless commenced within the time set out in the Insurance Act, or other applicable legislation.

**V. OTHER INFORMATION**

For additional information please contact the insurer:

CUMIS Life Insurance Company  
P.O. Box 5065, 151 North Service Road  
Burlington, ON L7R 4C2

Toll-free telephone: 1.800.263.9120

Toll-free confidential fax: 1.800.897.7065

Confidential email: [claims.centre@cumis.com](mailto:claims.centre@cumis.com)



## **VI. SIMILAR PRODUCTS**

Please note that other insurance products offering coverage similar to the insurance targeted in this distribution guide are available on the market. We encourage you to make inquiries to make sure that this insurance best meets your needs.

## **VII. REFERRAL TO THE AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS**

If you have any questions about either your distributor's or our obligations to you, you may contact the *Autorité des marchés financiers* at the following address:

Autorité des marchés financiers  
Place de la Cité, Tour Cominar  
2640 boul. Laurier, 4th floor  
Sainte-Foy, Québec  
Canada  
G1V 5C1

Telephone

Toll-free: 1-877-525-0337  
Quebec City: 418-525-0337  
Montreal: 514-395-0337

Website: [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

## **VIII. CONFIDENTIALITY**

### **Your Privacy Matters to Us**

At CUMIS Life, we recognize and respect the importance of privacy. When you enrol for insurance coverage, we establish a confidential file and collect, use and disclose your personal information for the purposes of issuing, administering and servicing your insurance. You may access and correct, if needed, the personal information in your file by sending us a request in writing.

We limit access to your personal information to our staff and other persons we have authorized who have a need to know it to perform their duties. We may store or process your personal information in Canada, the United States or other countries and, under applicable law, governments, courts, law enforcement or regulatory agencies may, by lawful order, obtain disclosure of your personal information.

We may also share your personal information with the Group Policyholder and its affiliates, affiliates of CUMIS Life or with entities with whom the Group Policyholder or CUMIS Life have made arrangements to advise you of products and services that may be of interest to you. You may choose not to have your personal information shared or used for these additional purposes by contacting us.

For more information about our privacy practices please visit [www.cumis.com](http://www.cumis.com). If you have questions about your privacy you may call us, toll-free, at 1.800.263.9120, send an email to us at [privacy.officer@cumis.com](mailto:privacy.officer@cumis.com) or write to us at CUMIS Life Insurance Company, P.O. Box 5065, 151 North Service Road, Burlington, ON L7R 4C2, Attention: Privacy Officer.

**NOTICE OF CANCELLATION OF AN INSURANCE CONTRACT**

**NOTICE GIVEN BY DISTRIBUTOR**

Article 440 of the Act respecting the distribution of financial products and services.

**THE ACT RESPECTING THE DISTRIBUTION OF FINANCIAL PRODUCTS AND SERVICES GIVES YOU IMPORTANT RIGHTS**

- The Act enables you to cancel the insurance contract you just signed at the same time as another contract, **without penalties, within 10 days of its signature**. The Insurer offers you **30 days after you have received the certificate of insurance**. To do so, you must send the Insurer a notice by registered mail within this delay. You may use the enclosed model to that effect.
- Despite the cancellation of the insurance contract, the first contract entered into retains all its effects. Be careful, it is possible that you may incur the loss of favourable conditions extended upon signing this contract; please enquire from your distributor or consult your contract.
- After the expiry of the **30-day** delay, you have the option of cancelling your insurance at any time, but penalties may apply.

For further information, please contact the *Autorité des marchés financiers* at: (418) 525-0337 or 1-877-525-0337.

**NOTICE OF CANCELLATION OF AN INSURANCE CONTRACT**

To \_\_\_\_\_  
(Name of Insurer)

\_\_\_\_\_  
(Address of Insurer)

\_\_\_\_\_  
(Date of sending of this Notice)

Under Article 441 of the Act respecting the distribution of financial products and services, I hereby cancel insurance contract no.

\_\_\_\_\_  
(Number of contract, if indicated)

entered into on: \_\_\_\_\_  
(Date of signature of contract)

at: \_\_\_\_\_  
(Place of signature of contract)

\_\_\_\_\_  
(Name of client) (Signature of client)

The distributor must fill in this section beforehand.

This notice must be sent by registered mail.

## **Distribution Guide**

### Credit Card Balance Protection

---

**439.** A distributor may not subordinate the making of a contract to the making of an insurance contract with the Insurer specified by the distributor.

The distributor may not exercise undue pressure on the client or use fraudulent tactics to induce the client to purchase a financial product or service.

**440.** A distributor that, at the time a contract is made, causes the client to make an insurance contract must give the client a notice, drafted in the manner prescribed by regulation, stating that the client may cancel the insurance contract within **10 days** of signing it.

**441.** A client may cancel an insurance contract made at the same time as another contract, within **10 days** of signing it, by sending notice by registered or certified mail.

Where such an insurance contract is cancelled, the first contract retains all its effects.

**442.** No contract may contain provisions allowing its amendment in the event of cancellation or termination by the client of an insurance contract made at the same time.

However, a contract may provide that the cancellation or termination of the insurance contract will entail, for the remainder of the term, the loss of the favourable conditions extended because more than one contract was made at the same time.

**443.** A distributor that offers financing for the purchase of goods or services and that requires the debtor to subscribe for insurance to guarantee the reimbursement of the loan must give the debtor a notice, drawn up in the manner prescribed by regulation, stating that the debtor may subscribe for insurance with the Insurer and representative of the debtor's choice provided that the insurance is considered satisfactory by the creditor, who may not refuse it without reasonable grounds. The distributor may not subordinate the making of the contract of credit to the making of an insurance contract with the Insurer specified by the distributor.

No contract of credit may stipulate that it is made subject to the condition that the insurance contract subscribed with such an Insurer remain in force until the expiry of the term, or subject to the condition that the expiry of such an insurance contract will entail forfeiture of term or the reduction of the debtor's rights.

The rights of the debtor under the contract of credit shall not be forfeited when the debtor cancels, terminates or withdraws from the insurance contract, provided that the debtor has subscribed for insurance with another Insurer that is considered satisfactory by the creditor, who may not refuse it without reasonable grounds.

# GUIDE DE DISTRIBUTION

## **Assurance solde de carte de crédit**



L'assurance solde de carte de crédit est souscrite par  
La Compagnie d'assurance-vie CUMIS  
C.P. 5065, 151 North Service Road  
Burlington (Ontario) L7R 4C2

## **GUIDE DE DISTRIBUTION**

**Nom du produit** : Assurance solde de carte de crédit

**Type de produit** : Assurance créances collective

**Garanties offertes** : Assurances vie, mutilation accidentelle ou paraplégie, maladies graves, invalidité, perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome

**Assureur** :

**La Compagnie d'assurance-vie CUMIS**

C.P. 5065, 151 North Service Road  
Burlington (Ontario)  
L7R 4C2

Téléphone : 1 800 263-9120  
www.cumis.com

Dans le présent guide, les termes « nous », « notre », « nos », « CUMIS » et « CUMIS Vie » s'entendent de La Compagnie d'assurance-vie CUMIS.

Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers

**L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert dans le présent guide de distribution. L'Assureur est seul responsable des divergences entre les libellés du guide de distribution et de la Police.**

## **Table des matières**

<b>I. DÉFINITIONS</b> .....	4
<b>II. INTRODUCTION</b> .....	12
<b>III. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT</b> .....	12
<b>A. Nature de la garantie</b> .....	12
<b>B. Bénéficiaire de l'assurance</b> .....	13
<b>C. Résumé des conditions particulières</b> .....	14
Critères d'admissibilité.....	14
Début de l'assurance .....	14
Montant de la prestation d'assurance vie.....	14
Montant de la prestation du vivant.....	15
Montant de la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie .....	15
Montant de la prestation d'assurance maladies graves.....	15
Montant de la prestation d'invalidité .....	16
Montant de la prestation d'assurance perte d'emploi involontaire.....	18
Montant de la prestation d'assurance perte d'un travail autonome.....	19
<b>D. Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance</b> .....	22
<b>E. Fin de la protection d'assurance</b> .....	27
<b>F. Comment annuler cette assurance</b> .....	27
<b>G. Renseignements additionnels</b> .....	28
À propos de votre prime d'assurance .....	28
Paiement de la prime .....	28
Remboursement de la prime pendant le versement de prestations mensuelles.....	28
Modification du taux de prime.....	28
Devise .....	28
Déclaration inexacte ou fausse déclaration .....	29
Erreur sur l'âge .....	29
Conformité aux lois.....	29
Annulation du certificat ou du contrat.....	29
<b>IV. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE PRESTATIONS</b> .....	30
<b>A. Preuve de sinistre</b> .....	30
<b>B. Délais importants</b> .....	31
<b>C. Réponse de l'assureur</b> .....	32
<b>D. Cessation des versements des prestations mensuelles</b> .....	32
<b>E. Appel d'une décision de l'assureur et recours</b> .....	34
<b>V. AUTRES RENSEIGNEMENTS</b> .....	34
<b>VI. PRODUITS SIMILAIRES</b> .....	35
<b>VII. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS</b> .....	35
<b>VIII. CONFIDENTIALITÉ</b> .....	36



## **I. DÉFINITIONS**

Certains termes figurant dans le présent guide ont une signification précise. Ces termes en italique sont expliqués ci-dessous. Faites particulièrement attention à ces définitions car l'*assureur* a donné un sens très spécifique à ces termes.

### **Accident :**

Signifie un incident violent et de source externe qui se produit soudainement, de façon involontaire et imprévisible, et qui cause des blessures corporelles directement et indépendamment de toute autre cause. Un accident n'est pas une maladie, ni une affection, ni un état pathologique naturel, quel qu'il soit.

### **Accident Vasculaire Cérébral :**

Signifie la mort irréversible du tissu cérébral par suite :

- d'une hémorragie cérébrale;
- d'une embolie cérébrale;
- d'une thrombose cérébrale; ou
- d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.

L'événement doit provoquer une importante déficience fonctionnelle neurologique vérifiable par un neurologue à l'examen physique au moins trois (3) mois après l'événement et être de nature permanente, sans espoir de guérison.

Ce *diagnostic* doit également être étayé par les résultats d'une imagerie par résonance magnétique, une tomographie par ordinateur ou un examen du liquide céphalo-rachidien, et correspondre à un *diagnostic d'accident vasculaire cérébral* (AVC).

Le *diagnostic d'accident vasculaire cérébral* doit être posé par un *spécialiste*.

### **MISE EN GARDE**

**L'Accident Vasculaire Cérébral n'englobe pas les affections suivantes :**

- **Un accident ischémique transitoire (AIT);**
- **Un déficit neurologique ischémique réversible;**
- **Des lésions cérébrales causées par un accident, une blessure, une infection, une angéite, une maladie inflammatoire ou une migraine;**
- **Un problème de vaisseaux sanguins touchant les yeux, incluant un infarctus du nerf optique ou de la rétine;**
- **Une ischémie du système vestibulaire; et**
- **Un AVC silencieux asymptomatique révélé par imagerie.**

### **Achats au détail en cours de traitement :**

Signifie des achats réalisés auprès d'un marchand, soit en personne soit à distance, au moyen de votre *carte de crédit assurée*.

### **Activités habituelles de la vie quotidienne :**

Signifie la capacité à subvenir à ses besoins de base : se laver, s'habiller, se servir des toilettes, manger, se déplacer (marcher) et la continence.

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

### **Adhérer** ou **adhésion** :

Signifie que vous adhérez à l'assurance solde de carte de crédit par message vocal ou par écrit.

### **Assuré** :

S'entend d'une personne, vous y compris, qui a souscrit l'assurance et répondu à tous les critères d'admissibilité au titre du *contrat collectif*.

### **Assureur** :

La Compagnie d'assurance-vie CUMIS.

### **Avance de fonds** :

Signifie une opération assimilée à une opération en espèces réalisée au moyen de votre *carte de crédit assurée* à une succursale ou par l'entremise d'un guichet automatique, y compris les avances et les transferts de solde.

### **Cancer** :

Signifie une tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée et la prolifération de cellules malignes avec invasion et destruction des tissus normaux.

Le terme *cancer* comprend notamment :

- La leucémie;
- Le lymphome;
- La maladie de Hodgkin; et
- Les métastases.

Le *diagnostic* de *cancer* doit être posé par un *spécialiste*.

### **MISE EN GARDE**

#### **Les cancers suivants sont exclus :**

- **Toutes les tumeurs qui d'un point de vue histologique sont décrites comme étant bénignes, pré-malignes, à la limite de la malignité, possédant un faible potentiel de malignité ou non intrusives;**
- **Toute lésion décrite comme un carcinome non infiltrant;**
- **Une dysplasie cervicale ou une néoplasie intra-épithéliale;**
- **Une néoplasie intra-épithéliale prostatique;**
- **Toute forme de cancer en présence d'une infection à VIH, notamment le lymphome ou la maladie de Kaposi;**
- **Des mélanomes minces avec un rapport de pathologie indiquant un niveau de Clark inférieur à III ou une épaisseur de Breslow inférieure à 1,5 mm;**
- **Tous les cancers de la peau sans mélanomes;**
- **Un microcarcinome thyroïdien inférieur à un cm de diamètre.**

### **Carte de crédit assurée** :

S'entend d'une carte de crédit émise par le *titulaire de contrat collectif* au titre de laquelle vous avez souscrit l'assurance et acquitté la *prime*.

### **Conflit de travail** :

S'entend d'un arrêt ou d'une interruption de travail volontaires et simultanés par un groupe d'employés dont vous faites partie, et qui agit ensemble contre un ou plusieurs employeurs dans un secteur d'activité ou un territoire donné.

### **Conjoint :**

S'entend de la personne avec qui vous êtes légalement marié, ou la personne qui habite avec vous depuis au moins un an et que vous présentez publiquement comme votre *conjoint*.

### **Contrat collectif :**

S'entend du contrat d'assurance créances collective établi par La Compagnie d'assurance-vie CUMIS au *titulaire du contrat collectif* et par lequel les garanties vie, mutilation accidentelle ou paraplégie, invalidité, maladies graves, perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome sont offertes à toutes les personnes admissibles qui décident d'y adhérer et acquittent la *prime* exigible.

### **Conseils ou soins médicaux :**

Signifient une consultation auprès de tout *médecin dûment autorisé* ou de tout *professionnel de la santé dûment autorisé*. Cela comprend notamment les soins médicaux ou paramédicaux, les examens exploratoires, la prise de pilules ou de tout médicament sur ordonnance, ou les injections reçues pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une demande de prestations.

### **Convention du titulaire de carte :**

Signifie la convention entre vous et le *titulaire de contrat collectif* et qui régit le compte de votre *carte de crédit assurée*.

### **Crise cardiaque :**

S'entend de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le *diagnostic* d'un infarctus, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :

- des symptômes de *crise cardiaque*;
- de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) révélatrices d'une *crise cardiaque*;
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une angiographie coronarienne ou une angioplastie coronarienne.

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

### **MISE EN GARDE**

**La crise cardiaque n'englobe pas ce qui suit, et nous ne versons aucune prestation d'assurance maladies graves dans aucun de ces cas :**

- **l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une angiographie coronarienne ou d'une angioplastie coronarienne en l'absence de nouvelles ondes Q, ou**
- **la découverte fortuite de modifications à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, ces modifications ne correspondant pas à la définition de crise cardiaque.**

### **Date d'entrée en vigueur de l'assurance :**

S'entend de la date à laquelle vous souscrivez l'assurance solde de carte de crédit (assurance créances collective).

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

### **Date d'établissement du diagnostic :**

S'entend de la date à laquelle un *diagnostic* définitif est posé une fois les tests terminés et, en présence d'un *cancer*, la date de sa confirmation au moyen de biopsies, afin de déterminer la présence et l'étendue d'une maladie ou d'une affection donnée.

### **Diagnostic et diagnostiqué :**

S'entendent d'un *diagnostic* définitif lié à un problème de santé, émis par écrit par un *médecin dûment autorisé* et habilité à poser ce type de *diagnostic*.

### **Délai de carence :**

#### Pour l'assurance invalidité :

Signifie une période d'attente calculée en nombre de jours consécutifs entre le début de votre période d'*invalidité totale* et le moment où vous devenez admissible aux prestations.

#### Pour l'assurance perte d'emploi involontaire:

Signifie une période d'attente calculée en nombre de jours consécutifs à partir du début de votre *perte d'emploi involontaire* jusqu'à la date à partir de laquelle vous êtes admissible à des prestations.

Le *délai de carence* applicable à une *perte d'emploi involontaire* commence à la plus tardive des dates suivantes :

- la date de votre *perte d'emploi involontaire*;
- le cas échéant, la fin de la période à laquelle des indemnités de départ s'appliquent.

#### Pour l'assurance perte d'un travail autonome

Signifie une période d'attente calculée en nombre de jours consécutifs à partir de la date d'effet de la *perte d'un travail autonome* jusqu'à la date à partir de laquelle vous êtes admissible à des prestations.

### **Diagnostic et Diagnostiqué :**

Signifie un diagnostic définitif émis par écrit, pour un problème de santé décelé par un médecin détenant un permis d'exercice, habilité à poser ce genre de diagnostic.

### **Effectivement au travail :**

Pour les besoins de l'assurance invalidité : *effectivement au travail* signifie que vous exercez votre *profession principale* contre rémunération ou profit et que vous étiez en mesure d'accomplir les tâches importantes et essentielles liées à votre profession, à raison d'au moins 20 heures par semaine pendant deux semaines consécutives en tout temps à compter de la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* jusqu'à la date du début de la période d'*invalidité totale*.

Pour les besoins de l'assurance perte d'emploi involontaire : *effectivement au travail* signifie que vous devez avoir été employé et avoir exercé votre *profession principale* pendant au moins 20 heures par semaine pendant trois mois consécutifs au moment de la perte involontaire de votre *emploi*.

Pour les besoins de l'assurance perte d'un travail autonome : *effectivement au travail* signifie que vous avez été un *travailleur autonome* et avez travaillé pour une *entreprise* active enregistrée ou constituée en société pendant un minimum de 36 mois consécutifs,

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

à raison d'au moins 20 heures par semaine à la date d'effet de la perte de votre *travail autonome*.

### **Emploi et occuper un emploi :**

Signifient être au service d'un employeur qui vous verse un traitement ou un salaire.  
*Occuper un emploi* ne signifie pas être un *travailleur autonome*.

### **Entreprise :**

S'entend d'une *entreprise* individuelle, d'un partenariat, d'une société par actions ou de toute autre entité exploitant une *entreprise* ou une ferme ayant contracté une dette envers le *titulaire du contrat collectif* au titre de la *convention du titulaire de carte*.

### **État de santé antérieur (condition préexistante) :**

Pour l'assurance vie et invalidité :

Signifie toute affection, maladie, blessure corporelle, état de santé ou symptôme (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) pour lequel vous avez cherché à recevoir, ou avez reçu, des *conseils ou soins médicaux* au cours des **6 mois** ayant précédé immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

Pour l'assurance maladies graves :

Signifie toute affection, maladie, blessure corporelle, état de santé ou symptôme (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) pour lequel vous avez cherché à recevoir, ou avez reçu, des *conseils ou soins médicaux* au cours des **12 mois** ayant précédé immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

### **MISE EN GARDE**

**Veillez également vous référer à la section « IV. Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance » pour plus d'information sur les exclusions spécifiquement reliées aux conditions préexistantes.**

### **Grève :**

Signifie tout arrêt de travail attribuable à un *conflit de travail* ou à un *lock-out*.

### **Intérêts courus :**

S'entend des intérêts sur le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à compter de la date de votre dernier versement, tel qu'il est établi par le *titulaire du contrat collectif*, jusqu'à la date de votre décès ou la date à laquelle vous recevez un *diagnostic de maladie grave* ou de maladie en phase terminale, selon le montant de la prestation d'assurance exigible; ces intérêts ne doivent pas courir plus de 180 jours.

### **Intérêts sur le montant du règlement :**

S'entend des intérêts sur le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* que nous versons avec la prestation d'assurance. Ces intérêts sont calculés, au taux et pendant une période que nous déterminons, à compter de la date de votre décès, la date de votre mutilation accidentelle ou de votre *paraplégie* ou de la date où vous recevez un *diagnostic de maladie grave* ou de maladie en phase terminale, selon le montant de prestation d'assurance exigible; ces intérêts ne doivent pas courir plus de 90 jours.

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

### **Invalidité :**

Signifie un handicap résultant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'accomplir les tâches habituelles de votre *profession principale*.

### **Invalidité Totale et Totalement Invalide :**

Si vous *occupez un emploi* ou que vous êtes un *travailleur saisonnier* au moment où vous devenez *totalement invalide*, les expressions *totalement invalide* et *invalidité totale* signifient alors que :

- vous êtes incapable d'accomplir les tâches importantes et essentielles de votre *profession principale*;
- vous recevez des *soins médicaux appropriés*.

Si vous êtes sans *emploi*, ne travaillez pas, êtes retraité ou recevez des prestations provinciales, fédérales ou toute autre forme de prestations au moment de devenir *totalement invalide*, les expressions *totalement invalide* et *invalidité totale* signifient alors que :

- vous êtes totalement et continuellement incapable d'exercer les *activités habituelles de la vie quotidienne*;
- vous recevez les *soins médicaux appropriés*.

### **Lock-out :**

Signifie que, en raison d'un *conflit de travail*, votre employeur ferme temporairement votre lieu de travail, sans mettre fin à votre *emploi*.

### **Maladie Grave :**

Signifie une *crise cardiaque*, un *accident vasculaire cérébral* ou un *cancer*.

### **Maladie en phase terminale :**

Signifie que votre espérance de vie est d'au plus 12 mois, tel que *diagnostiqué* par un *médecin dûment autorisé* que nous jugeons apte à poser un tel *diagnostic*.

### **Médecin dûment autorisé :**

S'entend de la personne légalement autorisée à pratiquer la médecine dans la province où son permis d'exercice lui a été délivré par un organisme d'attribution des permis.

### **Mise à pied :**

Signifie que votre *emploi* a été interrompu par votre employeur (avec possibilité de reprise), et votre employeur ne vous verse pas de rémunération.

### **Mutilation accidentelle :**

S'entend de la perte d'une main ou des deux mains en cas d'amputation complète au niveau ou au-dessus du poignet, la perte d'un pied ou des deux pieds en cas d'amputation complète au niveau de la cheville ou au-dessus, ou la perte complète et irrévocable de la vue des deux yeux.

### **Paraplégie ou paraplégique :**

S'entend de la perte d'usage totale et permanente des deux jambes.

### **Perte d'emploi involontaire :**

Signifie que vous avez perdu votre *emploi* involontairement, votre employeur y ayant mis fin (sans motif) ou que votre *emploi* a été interrompu par suite d'une *mise à pied*

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

(temporaire ou permanente), et qu'au titre de cet *emploi*, vous êtes admissible à des *prestations d'assurance-emploi*.

La *perte d'emploi involontaire* peut également être attribuable à une *grève*, y compris toute perturbation au travail attribuable à un *conflit de travail* ou à un *lock-out*.

### **Perte d'un travail autonome :**

S'entend du fait que, pendant que vous êtes assuré, vous êtes sans emploi en raison de la fermeture forcée de votre *entreprise* pour des motifs financiers.

### **Prestation(s) d'assurance-emploi :**

S'entend d'un avantage pécuniaire ou tout autre avantage prévu par un programme d'assurance-emploi ou d'aide à l'emploi fédéral ou provincial.

### **Prime :**

Signifie la prime totale exigible pour bénéficier de l'assurance que vous avez souscrite et qui est décrite aux présentes. La *prime* est considérée correspondre au coût de votre assurance.

### **Profession principale :**

S'entend de l'emploi duquel vous tiriez au moins 75 % de votre rémunération brute pendant la période de 6 mois précédant immédiatement la date du début de votre *invalidité totale*.

### **Professionnel de la santé :**

Signifie une personne qui est légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, tels que définis par la Loi canadienne sur la santé.

### **Retour au travail :**

S'entend de la date à laquelle l'*assuré* retourne au travail à temps partiel, à temps plein ou progressivement, ou est en affectation temporaire, que ce soit pour y accomplir ses tâches habituelles ou d'autres tâches.

### **Soins médicaux appropriés :**

Signifie que vous recevez des traitements médicaux. Cela comprend notamment le fait de prendre des pilules ou tout médicament sur ordonnance, de recevoir des injections pour un quelconque problème de santé, et de subir des examens exploratoires en raison de l'affection, de la maladie ou de la blessure corporelle ayant motivé votre demande de prestations.

Selon notre évaluation, le traitement doit être suffisamment efficace pour vous permettre de vous rétablir et de restaurer rapidement votre capacité fonctionnelle, notamment en participant à un programme d'ergothérapie, à une physiothérapie ou à un programme de modification du comportement douloureux ou en recevant des services de consultation psychologique ou psychiatrique.

### **Solde impayé :**

Signifie le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée*, tel qu'il a été établi par le *titulaire de contrat collectif*, à partir duquel la *prime* mensuelle est calculée et exigible.

### **Spécialiste :**

S'entend d'un *médecin dûment autorisé* ayant été formé dans le domaine particulier de la médecine se rapportant à la *maladie grave* assurée pour laquelle une demande de

## **Guide de distribution**

Assurance solde de carte de crédit

---

prestation est présentée et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou l'indisponibilité d'un *spécialiste*, sur approbation de l'assureur, un *médecin dûment autorisé* compétent et pratiquant au Canada peut diagnostiquer un problème de santé.

### **Suicide :**

Signifie que vous décédez du fait de vous être enlevé la vie, que vous fussiez sain d'esprit ou non, dans les six mois suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

### **Titulaire de carte principal :**

S'entend de la personne qui est désignée comme emprunteur principal dans la *convention du titulaire de carte*.

### **Titulaire du contrat collectif :**

S'entend le fournisseur de services financiers de cartes de crédit.

### **Travailleur autonome:**

S'entend de la personne qui touche un revenu pour le travail effectué pour le compte de l'*entreprise* dont elle est le propriétaire, une société par actions ou une autre entité dans laquelle elle possède une participation ainsi que par l'exercice d'un métier, d'un emploi ou d'une profession ou dans le cadre d'un partenariat.

### **Travailleur saisonnier :**

S'entend de la personne dont l'*emploi* dépend uniquement et directement de certaines périodes identifiables et prévisibles chaque année civile au cours desquelles il n'y a pas de travail en raison de changements saisonniers dans la température ou autres facteurs naturels, non économiques, limitant la période de temps au cours de laquelle elle peut exercer son *emploi*.



## **II. INTRODUCTION**

Le rôle du guide de distribution est de décrire le régime d'assurance solde de carte de crédit offert par La Compagnie d'assurance-vie CUMIS. Il a pour but de vous renseigner sur ce produit d'assurance en vous transmettant l'information sous une forme accessible. Il vise à vous permettre d'apprécier, par vous-même, si ce produit correspond à vos besoins, alors que vous n'êtes pas en présence d'un conseiller en assurance de personnes.

L'assurance solde de carte de crédit souscrite par CUMIS est un produit d'assurance facultative qui procure une sécurité lorsque vous éprouvez des difficultés financières attribuables à certains événements de la vie. Si vous *adhérez* à cette assurance, vous recevrez un guide de produit et certificat d'assurance (« certificat d'assurance ») qui confirme les termes, les conditions et le montant de votre protection d'assurance.

Certaines garanties sont offertes au *titulaire de carte principal* et son *conjoint*, et d'autres sont offertes au *titulaire de carte principal* seulement.

Pour les besoins du présent guide, les termes « vous », « votre », « vos » et « vous-même » font référence à toute personne (et son conjoint) qui est admissible à l'assurance, tel que précisé à la section « Critères d'admissibilité ».

## **III. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT**

### **A. NATURE DE LA GARANTIE**

#### **Assurance vie :**

Si vous décédez, l'*assureur* rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée*, jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

Offerte au *titulaire de carte principal* et son *conjoint*.

#### **Prestation du vivant :**

Si vous recevez un *diagnostic de maladie en phase terminale*, l'*assureur* rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée*, jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

Offerte au *titulaire de carte principal* et son *conjoint*.

#### **Assurance mutilation accidentelle ou paraplégie :**

Si vous êtes victime d'une *mutilation accidentelle* ou devenez *paraplégique*, l'*assureur* rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée*, jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

Offerte au *titulaire de carte principal* et son *conjoint*.

#### **Assurance maladies graves :**

Si vous recevez un *diagnostic de maladie grave* admissible, l'*assureur* rembourse ou réduit le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée*, jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

Offerte au *titulaire de carte principal* et son *conjoint*.

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

### **Assurance invalidité :**

Si vous devenez *totale*ment invalide, l'assureur rembourse le paiement mensuel de votre *carte de crédit assurée*.

Offerte au *titulaire de carte principal* et son *conjoint*.

### **Assurance perte d'emploi involontaire:**

En cas de perte involontaire de votre *emploi* ou de perturbations à votre travail en raison d'une *grève*, d'un *conflit de travail* ou d'un *lock-out*, l'assureur rembourse le paiement mensuel de votre *carte de crédit assurée*.

*Perte d'emploi involontaire* signifie que votre *emploi* a pris fin directement et uniquement pour les raisons suivantes :

- la cessation complète et définitive de votre *emploi* sans motif;
- une *mise à pied* par votre employeur;
- une *grève*, un *conflit de travail* ou un *lock-out*.

Offerte au *titulaire de carte principal* seulement.

### **Assurance perte d'un travail autonome :**

Si, alors que vous êtes assuré, vous êtes sans emploi en raison de la fermeture forcée de votre *entreprise* pour des motifs financiers et demeurez sans emploi pendant plus de 90 jours consécutifs, vous pourriez être admissible au versement d'une prestation. L'assureur rembourse le paiement mensuel de votre *carte de crédit assurée*.

La *perte d'un travail autonome* signifie que vous exercez des activités en contrepartie d'un revenu provenant :

- d'un métier ou d'une profession que vous exercez,
- d'une société en nom collectif dans laquelle vous étiez associé,
- de votre propre *entreprise*;
- d'une société fermée ou d'une autre entité dans laquelle vous déteniez une participation.

Offerte au *titulaire de carte principal* seulement.

## **B. BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE**

Si elles sont exigibles, les prestations d'assurance sont versées au *titulaire du contrat collectif*. En tant que créancier de votre *carte de crédit assurée*, le *titulaire du contrat collectif* affectera les prestations au règlement du *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée*, ou à votre crédit, si vous n'avez pas de solde.

## **C. RÉSUMÉ DES CONDITIONS PARTICULIÈRES**

---

### **Critères d'admissibilité**

---

À titre de *titulaire de carte principal*, vous pouvez *adhérer* aux garanties vie, mutilation accidentelle ou paraplégie, invalidité, maladies graves, perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome pour votre *carte de crédit assurée*, si au moment de présenter votre demande d'*adhésion* :

- vous êtes âgé de **16 à 69 ans**;
- vous avez obtenu une carte de crédit auprès du *titulaire du contrat collectif* ;
- vous êtes un résident canadien (vous vivez au Canada au moins six mois par année);
- vous avez une obligation légale de rembourser votre dette en tant que *titulaire de carte principal*;
- vous avez une obligation légale de rembourser votre dette au titulaire du contrat collectif, soit en tant que propriétaire d'*entreprise*, personne clé ou toute autre personne associée à l'*entreprise* responsable de la dette;
- vous n'avez pas présenté de demandes de prestation du vivant au titre de tout contrat d'assurance créances collective ou d'un certificat d'assurance que *nous* avons établi.

#### **MISE EN GARDE:**

**Votre conjoint sera également couvert par toutes les garanties sauf au titre des garanties perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome, uniquement s'il satisfait aux critères d'admissibilité décrits ci-dessus à la date d'*adhésion* du *titulaire de carte principal* à l'assurance.**

---

### **Début de l'assurance**

---

Si vous répondez aux critères d'admissibilité, tels qu'ils sont décrits plus haut, votre *date d'entrée en vigueur de l'assurance* correspond à la date de votre demande d'*adhésion* à l'assurance solde de carte de crédit offerte au titre du contrat d'assurance créances collective.

La perception de la *prime* d'assurance effectuée par erreur de votre compte ne rend pas l'assurance en vigueur si vous n'êtes pas autrement assurable ou admissible à l'assurance.

---

### **Montant de la prestation d'assurance vie (titulaire de carte principal et conjoint)**

---

Si vous décédez, nous verserons une prestation correspondant au moins élevé des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la date de décès; ou
- 25 000 \$.

## **Guide de distribution**

### **Assurance solde de carte de crédit**

---

Cette somme comprend les *achats au détail en cours de traitement* et les *avances de fonds* effectuées avant le décès. Nous payons également les *intérêts courus* sur le montant ci-dessus et les *intérêts sur le montant du règlement*.

L'assurance vie est assujettie aux restrictions et exclusions décrites à la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance ».

---

### **Montant de la prestation du vivant (titulaire de carte principal et conjoint)**

---

Si vous recevez un *diagnostic de maladie en phase terminale*, nous verserons une prestation correspondant au moins élevé des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la *date d'établissement du diagnostic* de votre *maladie en phase terminale*; ou
- 25 000 \$.

Cette somme comprend les *achats au détail en cours de traitement* et les *avances de fonds* effectuées avant la *date d'établissement du diagnostic*. Nous payons également les *intérêts courus* sur le montant ci-dessus et les *intérêts sur le montant du règlement*.

La prestation du vivant est assujettie aux restrictions et exclusions décrites à la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance ».

---

### **Montant de la prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie (titulaire de carte principal et conjoint)**

---

Si vous êtes victime d'une *mutilation accidentelle* ou devenez *paraplégique* au cours des 90 jours suivant la date d'une blessure accidentelle entraînant une perte, nous versons une prestation correspondant au moins élevé des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la *date* de votre *mutilation accidentelle* ou de votre *paraplégie*; ou
- 25 000 \$.

Cette somme comprend les *achats au détail en cours de traitement* et les *avances de fonds* effectuées avant la date de l'*accident*. Nous paierons également les *intérêts courus* sur le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* de même que les *intérêts sur le montant du règlement*.

La prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie est assujettie aux restrictions et exclusions décrites à la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance ».

---

### **Montant de la prestation d'assurance maladies graves (titulaire de carte principal et conjoint)**

---

Dans le cas d'un *diagnostic de maladie grave*, nous vous versons une prestation à compter de la date où votre *diagnostic* a été confirmé par des résultats pertinents, correspondant au moins élevé des montants suivants :

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

- le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la *date d'établissement du diagnostic*;
- 25 000 \$.

Cette somme comprend les *achats au détail en cours de traitement* et les *avances de fonds* imputées avant la *date d'établissement du diagnostic*. Nous payons également les *intérêts courus* sur le montant ci-dessus et les *intérêts sur le montant du règlement*.

### MISE EN GARDE

**Si vous recevez un diagnostic de maladie grave et que nous vous versons une prestation d'assurance maladies graves selon les dispositions du certificat d'assurance, votre assurance maladies graves prendra fin.**

**Toutefois, vos garanties vie, mutilation accidentelle ou paraplégie, invalidité, perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome seront maintenues, sous réserve des exclusions décrites aux présentes.**

### MISE EN GARDE

**Pour être admissible à la prestation d'assurance maladies graves, le *diagnostic de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer* que vous avez reçu doit avoir été établi après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* et avant sa date de *cessation*.**

La prestation d'assurance maladies graves est assujettie aux restrictions et exclusions décrites à la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance ».

---

## Montant de la prestation d'invalidité (titulaire de carte principal et conjoint)

---

Si vous devenez *totaletement invalide* et que votre demande de prestations d'*invalidité totale* est approuvée, nous vous versons une prestation mensuelle.

Le montant de la prestation mensuelle d'*invalidité* exigible correspond à :

- 5 % du *solde impayé* à la date de l'*invalidité totale*.

Le montant maximal des prestations d'*invalidité* par sinistre correspond au moindre des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la date de l'*invalidité totale*; ou
- 25 000 \$.

Nous commencerons à verser des prestations d'*invalidité* à l'expiration du *délai de carence* de 30 jours. Vous devez être *totaletement invalide* et le demeurer pendant toute la durée du *délai de carence* avant d'être admissible aux prestations. Une fois que nous avons accepté votre demande de prestations, nous commençons à verser les prestations d'*invalidité* dès que le *délai de carence* prend fin.

Le *délai de carence* applicable aux prestations d'*invalidité* est rétroactif. Un *délai de carence* rétroactif signifie que nous verserons les prestations rétroactivement, soit depuis le début de

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

votre période d'*invalidité totale*. Vous êtes tenu d'effectuer vos versements habituels de *carte de crédit assurée* durant le *délai de carence* et pendant que votre demande de prestations est à l'étude.

Nous verserons la prestation directement au titulaire de contrat collectif, qui affectera ensuite le versement au compte de votre carte de crédit assurée.

### MISE EN GARDE :

**Si nous approuvons votre demande de prestations d'invalidité, le montant de la prestation mensuelle d'invalidité établi demeurera le même pendant toute la période d'indemnisation.**

**Si vous augmentez ou réduisez le solde impayé de votre carte de crédit assurée après le début de votre invalidité totale, le montant de la prestation mensuelle demeurera inchangé.**

Pour avoir droit aux prestations d'*invalidité* et continuer de les recevoir, vous devez :

- être considéré *effectivement au travail*;
- recevoir des *soins médicaux appropriés* d'un *médecin dûment autorisé*, que nous jugeons compétent, pour une maladie ou une blessure accidentelle attestée par un *médecin*;
- n'exercer aucune activité rémunérée ou dans l'espoir d'en tirer profit. Cependant, à notre seule discrétion, nous pourrions vous verser des prestations d'*invalidité* si vous participez à un programme de *retour au travail* progressif ou à un *emploi* de réadaptation que nous jugeons approprié;
- produire une preuve initiale satisfaisante permettant d'étayer votre demande de prestations d'*invalidité totale* et être en mesure de produire une telle preuve en tout temps, sur demande.

### Invalidité récidivante

Par invalidité récidivante, on entend que vous redevenez *totale* *invalide* au cours des 21 jours après vous être rétabli de cette même *invalidité totale* ou d'une *invalidité totale connexe*, nous considérons qu'il s'agit du prolongement de votre *invalidité totale* initiale. C'est ce que nous appelons invalidité récidivante.

Dans un tel cas, le *délai de carence* ne s'appliquera pas à votre demande de prestations d'*invalidité* en raison de la récurrence d'une *invalidité*.

La prestation d'*invalidité* mensuelle est calculée et versée en fonction de l'*invalidité totale* antérieure. Les prestations d'*invalidité totale* versées pour une invalidité totale récidivante ne peuvent pas dépasser le montant maximal qui aurait été versé à l'égard de l'*invalidité totale* antérieure.

### Invalidité concomitante

On parle d'*invalidité totale* concomitante lorsque vous êtes frappé d'une seconde *invalidité totale* alors que vous touchez déjà des prestations d'*invalidité* pour un problème de santé distinct et non lié.

## Guide de distribution

### Assurance solde de carte de crédit

---

Dans un tel cas, une nouvelle demande de prestations peut être présentée, sous réserve de certaines conditions :

- le problème médical à l'origine de l'invalidité totale concomitante ne doit pas être lié (directement ou indirectement) à l'*invalidité totale* initiale;
- si votre invalidité totale concomitante est approuvée et que vous êtes toujours *totalement invalide* à cause d'elle, nous commencerons à verser les prestations au titre de la nouvelle demande de prestations immédiatement après que votre *invalidité totale* initiale ait pris fin.

En tout temps pendant le processus de traitement de votre demande de prestations ou au cours de la période d'indemnisation, nous pouvons vous demander de vous soumettre à une évaluation, si nous le jugeons nécessaire.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre votre paiement mensuel de *carte de crédit assurée* et la prestation d'*invalidité*.

Les prestations d'*invalidité* sont assujetties aux restrictions et exclusions décrites à la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance ».

---

### Montant de la prestation d'assurance perte d'emploi involontaire (titulaire de carte principal seulement)

---

Dans le cas de votre *perte d'emploi involontaire*, si votre demande de prestations est approuvée, nous vous versons une prestation mensuelle.

Le montant de la prestation mensuelle d'assurance *perte d'emploi involontaire* correspond à :

- 5 % du *solde impayé* à la date de la *perte d'emploi involontaire*.

Le montant maximal des prestations d'assurance *perte d'emploi involontaire* par sinistre correspond au moindre des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la *perte d'emploi involontaire*; ou
- 25 000 \$.

Nous commençons à verser le versement des prestations à l'expiration du *délai de carence* de 30 jours. Vous devez subir une *perte d'emploi involontaire* et demeurer sans *emploi* tout au long du *délai de carence* pour être admissible à des prestations. Nous commencerons à verser des prestations d'assurance à l'expiration du *délai de carence*.

Le *délai de carence* applicable à une *perte d'emploi involontaire* est rétroactif. Un *délai de carence* rétroactif signifie que nous verserons les prestations rétroactivement, soit depuis le début de votre *perte d'emploi involontaire*. Vous êtes tenu d'effectuer vos versements habituels de *carte de crédit assurée* durant le *délai de carence* et pendant que votre demande de prestations est à l'étude.

Nous verserons la prestation directement au titulaire de contrat collectif, qui affectera ensuite le versement au compte de votre carte de crédit assurée.

**MISE EN GARDE :**

**Si vous êtes un travailleur autonome, un travailleur saisonnier ou un représentant élu du gouvernement, vous n'êtes pas admissible à l'assurance perte d'emploi involontaire.**

**MISE EN GARDE :**

**Si nous approuvons votre demande de prestations d'assurance perte d'emploi involontaire, le montant de la prestation mensuelle d'assurance perte d'emploi involontaire calculé demeurera le même pendant toute la période d'indemnisation.**

**Si vous augmentez ou réduisez le solde impayé de votre carte de crédit assurée après la date de votre perte d'emploi involontaire, le montant de la prestation mensuelle demeurera inchangé.**

Pour avoir droit aux prestations d'assurance perte d'emploi involontaire et continuer de les recevoir, vous devez être *effectivement au travail*.

Si votre *perte d'emploi involontaire* n'est pas attribuable à une *grève*, vous devez :

- au moment de la perte involontaire de votre *emploi*, vous inscrire immédiatement auprès du ministère ou de l'organisme fédéral (et provincial, s'il y a lieu) pertinent, afin de demander des *prestations d'assurance-emploi* et d'en recevoir, le cas échéant;
- nous fournir une preuve, que nous devons juger acceptable, de votre inscription à l'assurance-emploi et du fait que vous touchez des *prestations d'assurance-emploi*;
- être activement à la recherche d'un *emploi*;
- demeurer sans *emploi*.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre votre paiement mensuel de *carte de crédit assurée* et la prestation d'assurance perte d'emploi involontaire.

Les prestations d'assurance perte d'emploi involontaire sont assujetties aux restrictions et exclusions décrites à la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance » pour l'information détaillée.

**Rétablissement de l'admissibilité aux prestations d'assurance perte d'emploi involontaire**

Vous serez de nouveau admissible aux prestations d'assurance perte d'emploi involontaire après avoir touché des prestations au titre d'une demande de prestations d'assurance perte d'emploi involontaire si vous *occupez un emploi* non saisonnier auprès du même employeur pendant au moins trois (3) mois consécutifs.

---

**Montant de la prestation d'assurance perte d'un travail autonome (titulaire de carte principal seulement)**

---

Dans le cas de votre *perte d'un travail autonome*, si votre demande de prestations est approuvée, nous vous versons une prestation mensuelle.



## Guide de distribution

### Assurance solde de carte de crédit

---

Le montant de la prestation mensuelle exigible en cas de *perte d'un travail autonome* correspond à :

- 5 % du *solde impayé* à la date de la *perte d'un travail autonome*.

Le montant maximal des prestations d'assurance *perte d'un travail autonome* par sinistre correspond au moindre des montants suivants :

- le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la *perte d'un travail autonome*; ou
- 25 000 \$.

Nous commencerons à verser des prestations d'assurance à l'expiration du *délai de carence de 90 jours*. Vous devez avoir perdu un *travail autonome* et demeurer sans emploi pendant toute la durée du *délai de carence* pour être admissible à des prestations. Nous commencerons à verser des prestations d'assurance à l'expiration du *délai de carence*.

Le *délai de carence* applicable à la *perte d'un travail autonome* est non rétroactif. Un *délai de carence* non rétroactif signifie que nous ne verserons pas les prestations rétroactivement à partir de la date d'effet de la *perte d'un travail autonome*. Vous êtes tenu d'effectuer vos versements habituels de *carte de crédit assurée* durant le *délai de carence* et pendant que votre demande de prestations est à l'étude.

Nous verserons la prestation directement au titulaire de contrat collectif, qui affectera ensuite le versement au compte de votre carte de crédit assurée.

#### MISE EN GARDE :

**Si nous approuvons votre demande de prestations d'assurance perte d'un travail autonome, le montant de la prestation mensuelle d'assurance perte d'un travail autonome calculé demeurera le même pendant toute la période d'indemnisation.**

**Si vous augmentez ou réduisez le solde impayé de votre carte de crédit assurée après la date de votre perte d'un travail autonome, le montant de la prestation mensuelle demeurera inchangé.**

Pour avoir droit aux prestations d'assurance *perte d'un travail autonome* et continuer à recevoir ces prestations, vous devez :

- avoir été *effectivement au travail*;
- nous fournir une preuve attestant la *perte de votre travail autonome*, y compris :
  - a) des données financières;
  - b) une preuve satisfaisante établissant votre situation de *travailleur autonome* et votre revenu de *travailleur autonome* pour la période précédant et suivant la date de la perte d'emploi;
  - c) une copie de votre permis d'exploitation et de vos statuts constitutifs;
  - d) tout autre document se rapportant à la perte d'emploi, le cas échéant;
- demeurer sans *emploi*.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre votre paiement mensuel de *carte de crédit assurée* et la prestation d'assurance *perte d'un travail autonome*.

Les prestations d'assurance perte d'un travail autonome sont assujetties aux restrictions et exclusions décrites à la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance » pour l'information détaillée.

**Rétablissement de l'admissibilité aux prestations d'assurance perte d'un travail autonome**

Vous serez de nouveau admissible aux prestations d'assurance perte d'un travail autonome après avoir touché des prestations au titre d'une demande de prestations d'assurance perte d'un travail autonome lorsque vous aurez été un *travailleur autonome* et avoir effectué au moins 20 heures de travail par semaine pour le compte d'une *entreprise* active enregistrée ou constituée en société pendant au moins 36 mois consécutifs.

## D. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE L'ASSURANCE

### MISE EN GARDE

#### EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE VIE

##### Exclusion relative à un état de santé préexistant

Nous ne verserons aucune prestation si votre décès :

- survient dans les 6 mois après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*; et
- résulte directement ou indirectement d'un *état de santé antérieur* (condition préexistante) dans les 6 mois précédant immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

De plus, la prestation d'assurance vie n'est pas versée lorsque votre décès est directement ou indirectement lié à ce qui suit:

- votre *suicide*;
- la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel;
- la consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un *médecin dûment autorisé* ou pris selon les directives d'un tel *médecin*;
- la conduite ou le contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé;
- l'omission de votre part ou de votre représentant successoral de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai prescrit.

##### Après le versement d'une prestation d'assurance maladies graves

Nous ne versons pas de prestation de décès si, dans les 12 mois suivant la date à laquelle vous recevez un *diagnostic de maladie grave*, vous décédez d'une maladie, d'une blessure ou d'une affection (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) lié directement ou indirectement au *diagnostic* pour lequel nous avons versé la prestation d'assurance maladies graves.

### MISE EN GARDE

#### EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE OU PARAPLÉGIE

Nous ne paierons aucune prestation d'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie si la perte est causée ou favorisée par :

- une tentative de *suicide* ou d'automutilation, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- une blessure que la personne s'est infligée intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel;
- une maladie ou une infection bactérienne;
- la guerre ou tout acte de guerre;
- un traitement médical ou chirurgical;
- la conduite d'un véhicule motorisé avec facultés affaiblies par l'alcool ou des drogues;

- l'usage de narcotiques ou d'autres médicaments non prescrits par un *médecin dûment autorisé* ou un chirurgien.

#### MISE EN GARDE

#### EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

##### Exclusion relative à un état de santé préexistant

Nous ne verserons aucune prestation si votre *maladie grave* :

- survient dans les **12 mois** après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*; et
- résulte directement ou indirectement d'un *état de santé antérieur* (condition préexistante) dans les **12 mois** précédant immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

De plus, la prestation d'assurance maladies graves n'est pas versée lorsque votre problème de santé résulte de ce qui suit :

- votre *diagnostic* ne correspond pas parfaitement aux exigences de la définition de *crise cardiaque*, d'*accident vasculaire cérébral* ou de *cancer*;
- votre *diagnostic* est précisé dans la rubrique « Mise en garde » sous les définitions de *crise cardiaque*, *accident vasculaire cérébral* ou *cancer* au début de ce guide;
- votre problème de santé est la conséquence directe ou indirecte d'une blessure auto-infligée ou d'une tentative de vous enlever la vie, que vous soyez sain d'esprit ou non;
- la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel;
- l'usage ou la consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un *médecin dûment autorisé* ou pris selon les directives d'un tel *médecin*;
- la conduite ou le contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé;
- l'omission de votre part ou de votre représentant successoral de nous fournir une déclaration et une preuve de sinistre à l'intérieur du délai prescrit.

##### Diagnostic de cancer à l'intérieur de 90 jours

Nous ne versons pas de prestation d'assurance maladies graves si vous recevez un *diagnostic de cancer* dans les **90 jours** suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

#### MISE EN GARDE

#### EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE INVALIDITÉ

##### Exclusion relative à un état de santé préexistant

Nous ne verserons aucune prestation si votre *invalidité* :

- survient dans les **6 mois** après la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*; et
- résulte directement ou indirectement d'un *état de santé antérieur* (condition préexistante) dans les **6 mois** précédant immédiatement la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

**De plus, nous ne versons pas de prestations d'invalidité si votre *invalidité totale* :**

- **a commencé avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*;**
- **est liée à une grossesse normale (c'est-à-dire que votre grossesse n'est pas considérée comme « à risque élevé » par un médecin dûment autorisé et que nous jugeons approprié);**
- **a commencé pendant que vous étiez incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;**
- **a commencé après la cessation de votre assurance;**
- **a commencé alors que vous aviez atteint ou dépassé 70 ans;**
- **est liée à une tentative de suicide, que vous soyez sain d'esprit ou non;**
- **est liée à votre perpétration ou à votre tentative de perpétration d'un acte criminel;**
- **est liée à votre usage ou votre consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques ou intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un *médecin dûment autorisé* ou pris selon les directives d'un tel *médecin*, ou liée à votre inscription à un programme de réadaptation pour toxicomanes;**
- **résulte de la conduite ou du contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé;**
- **est attribuable à une intervention chirurgicale non urgente;**
- **si vous touchez des prestations d'assurance perte d'emploi involontaire ou d'assurance perte d'un travail autonome de CUMIS.**

**Après le versement d'une prestation d'assurance maladies graves**

**Nous ne versons pas de prestations d'invalidité si, dans les 12 mois suivant la date à laquelle vous recevez un *diagnostic de maladie grave*, vous devenez *totale*ment *invalide* en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une affection (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) liée directement ou indirectement au *diagnostic* pour lequel nous avons versé la prestation d'assurance maladies graves.**

**MISE EN GARDE**

**EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE**

**Nous ne versons pas de prestations d'assurance perte d'emploi involontaire dans les situations suivantes :**

- **la perte de votre *emploi* est attribuable à votre démission, au départ à la retraite ou à votre départ volontaire;**
- **la perte de votre *emploi* est causée par la malhonnêteté, la fraude, un conflit d'intérêts, le refus d'accomplir vos tâches, une inconduite volontaire ou un comportement criminel;**
- **vous êtes sans *emploi* parce que vous êtes un *travailleur autonome*, un *travailleur saisonnier* ou un représentant élu du gouvernement;**
- **la perte de votre *emploi* survient à la suite de l'expiration d'un contrat de travail particulier ou avant son expiration;**
- **votre *perte d'emploi involontaire* survient avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*;**
- **votre *perte d'emploi involontaire* a commencé pendant que vous étiez incarcéré**

**dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;**

- **votre employeur met fin à votre emploi pour un motif valable;**
- **votre perte d'emploi involontaire est survenue après la cessation de votre assurance;**
- **vous êtes en congé de maternité ou parental, ou en congé autorisé;**
- **vous avez atteint ou dépassé 70 ans à la date de votre *perte d'emploi involontaire*;**
- **vous touchez des prestations d'assurance invalidité ou d'assurance perte d'un travail autonome de CUMIS;**
- **votre perte d'emploi involontaire est directement ou indirectement liée à ce qui suit :**
  - a)  **perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;**
  - b)  **usage ou consommation de drogues, de l'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un *médecin dûment autorisé* ou pris selon les directives d'un tel *médecin*;**
  - c)  **conduite ou contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé;**
- **vos *prestations d'assurance-emploi* ne vous sont pas versées pour quelque raison que ce soit (ne s'applique pas si la *perte d'emploi involontaire* est attribuable à une *grève*).**

**Perte d'emploi involontaire dans un délai de 30 jours**

**Nous ne versons pas de prestations si votre *perte d'emploi involontaire* survient dans les 30 jours suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*. Vous pourrez toutefois présenter une demande de prestations pour *perte d'emploi involontaire* lorsque vous aurez de nouveau *occupé un emploi* et effectué au moins 20 heures de travail par semaine, pendant trois mois consécutifs.**

**MISE EN GARDE**

**EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE PERTE D'UN TRAVAIL AUTONOME**

**Nous ne versons pas de prestations d'assurance perte d'un travail autonome si la perte de votre *travail autonome* résulte de ce qui suit :**

- **la *perte d'un travail autonome* survient avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*;**
- **votre cession volontaire d'un salaire, d'un traitement ou de revenus;**
- **votre départ à la retraite;**
- **l'atteinte ou le dépassement de l'âge de 70 ans à la date de la *perte d'un travail autonome*;**
- **votre malhonnêteté, la fraude, un conflit d'intérêts, le refus d'accomplir vos tâches, une inconduite volontaire ou un comportement criminel;**
- **l'occupation d'un *emploi* contre rémunération ou profit;**
- **la *perte d'un travail autonome* est survenue après la cessation de votre assurance;**
- **vous êtes incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;**
- **vous êtes en congé de maternité ou parental, ou en congé autorisé;**

- **vous touchez des prestations d'invalidité ou d'assurance perte d'emploi involontaire de CUMIS;**
- **la *perte d'un travail autonome* est directement ou indirectement liée à ce qui suit :**
  - a) **perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;**
  - b) **usage ou consommation de drogues, d'alcool, de substances toxiques, de substances intoxicantes ou de narcotiques, autres que des médicaments prescrits et administrés par un *médecin dûment autorisé* ou pris selon les directives d'un tel *médecin*;**
  - c) **conduite ou contrôle d'une embarcation ou d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise dans le territoire visé.**

**Perte d'un travail autonome au cours des 12 premiers mois**

**Nous ne versons aucune prestation d'assurance perte d'un travail autonome si la *perte d'un travail autonome* attribuable à la fermeture de votre *entreprise* survient au cours des 12 mois suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* pour quelque raison que ce soit. Cela signifie que vous pourrez demander des prestations d'assurance perte d'un travail autonome lorsque vous aurez de nouveau été *travailleur autonome* pendant un minimum de 36 mois consécutifs, à raison d'au moins 20 heures par semaine.**

**AUTRES LIMITATIONS**

**Concernant l'assurance vie, assurance mutilation accidentelle ou paraplégie, assurance maladies graves et prestation du vivant**

**Lorsque plus d'un *assuré* décède, est victime d'une *mutilation accidentelle* ou devient *paraplégique* ou reçoit un *diagnostic de maladie grave* ou de maladie en phase terminale à la même date, une seule prestation est exigible selon le premier *assuré* à présenter une demande de prestation; l'assurance prend alors fin.**

**En aucun cas ne rembourserons-nous plus que le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* et la prestation exigible ne pourra non plus dépasser 25 000 \$.**

**Concernant l'assurance invalidité**

**Lorsque plus d'un *assuré* présente une demande de prestations pour *invalidité totale* au même moment, au titre de la même *carte de crédit assurée*, une seule prestation à la fois est exigible. La prestation versée se limite à la prestation maximale exigible par sinistre (le moindre de 25 000 \$ ou le *solde impayé* à la date de la perte).**

## **E. FIN DE LA PROTECTION D'ASSURANCE**

Toutes les garanties que le *titulaire de carte principal* a souscrites, soit les garanties vie, mutilation accidentelle ou paraplégie, invalidité, maladies graves, perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome, prennent fin à la première des éventualités suivantes :

- a) la date à laquelle vous atteignez **70 ans**;
- b) la date à laquelle le *titulaire de contrat collectif* reçoit, par écrit ou par téléphone, votre demande d'annulation de l'assurance;
- c) la date où votre *convention du titulaire de carte* avec le *titulaire de contrat collectif* prend fin;
- d) la date à laquelle on vous libère, par effet de la loi, de votre obligation légale de rembourser votre *carte de crédit assurée* (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- e) à l'échéance d'un délai de 90 jours consécutifs lorsque les paiements que vous êtes tenu de faire au titre de votre *carte de crédit assurée* n'ont pas été faits pendant cette période;
- f) la date de cessation du *contrat collectif*, conformément aux dispositions prévues au contrat;
- g) la date de décès du *titulaire de carte principal*.

L'assurance du *conjoint* du *titulaire de carte principal* prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle le *titulaire de carte principal* cesse d'être assuré;
- b) la date à laquelle le *conjoint* cesse d'être un *conjoint* au sens entendu dans la définition de ce terme;
- c) la date à laquelle le *conjoint* atteint 70 ans;
- d) la date du décès du *conjoint*.

## **F. COMMENT ANNULER CETTE ASSURANCE**

Votre assurance souscrite auprès de CUMIS est entièrement facultative, et vous pouvez la résilier en tout temps.

Pour résilier votre assurance, veuillez communiquer avec le *titulaire du contrat collectif*. Seul le titulaire de carte principal peut résilier l'assurance solde de carte de crédit.

Si vous annulez votre assurance dans les **30 jours** suivant la date de son entrée en vigueur, sous réserve de ne pas avoir présenté de demande de prestations, vous recevrez le remboursement complet de toute prime que vous aurez acquittée, et votre assurance sera réputée n'avoir jamais été en vigueur.

Conformément au certificat d'assurance, vous pouvez également résilier cette assurance à tout moment après la période d'examen de 30 jours, sans remboursement de prime, sauf si la loi l'exige.



## **G. RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS**

---

### **À propos de votre prime d'assurance**

---

Votre *prime* d'assurance mensuelle est établie en fonction du *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée*, tel qu'il figure sur votre relevé de carte de crédit mensuel, selon le calcul du *titulaire du contrat collectif*.

Les taux de prime sont exprimés en dollars ou en cents pour chaque tranche de 100 \$ du solde impayé de votre carte de crédit assurée. Votre prime mensuelle, avant les taxes applicables, peut être calculée en multipliant le taux de prime de 0,99 \$ par tranche de 100 \$ du solde impayé de votre carte de crédit assurée, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

---

### **Paiement de la prime**

---

Chaque mois, votre *prime* d'assurance mensuelle, ainsi que les taxes applicables, imputée par le *titulaire du contrat collectif* est ajoutée au relevé mensuel de votre *carte de crédit assurée*.

Pour que votre assurance demeure en vigueur, votre *prime* doit être acquittée à sa date d'exigibilité.

---

### **Remboursement de la prime pendant le versement de prestations mensuelles**

---

La *prime* de votre assurance sera imputée à votre *carte de crédit assurée* pendant la période où vous recevez des prestations. Pendant cette période, vous recevrez un remboursement de la *prime* portée à votre compte. Le montant de ce remboursement correspond à la *prime* établie en fonction du *solde impayé* de votre carte de crédit et qui est utilisé pour calculer le montant de la prestation mensuelle à verser.

Ce remboursement de *prime* sera ajouté à chaque versement de prestations mensuelles. Le montant du remboursement demeurera le même pendant toute la période d'indemnisation.

Si vous continuez à utiliser votre carte de crédit pendant la période d'indemnisation, vous serez responsable d'acquitter la nouvelle *prime* liée à tous nouveaux frais engagés.

---

### **Modification du taux de prime**

---

Conformément aux dispositions du *contrat collectif*, nous pouvons modifier les taux de prime, sous réserve de la présentation d'un avis écrit au *titulaire du contrat collectif*. Un avis écrit vous sera également envoyé par la poste ordinaire à l'adresse figurant dans votre dossier, au moins 30 jours avant la modification du taux de prime. Sauf dans les cas où un changement dans la législation ou la réglementation touche directement l'assurance prévue par le *contrat collectif*, le taux de prime ne sera pas modifié plus de une fois par période de douze (12) mois.

---

### **Devise**

---

Toutes les sommes exigibles que nous versons ou qui nous sont versées sont en devise canadienne.

## Guide de distribution

Assurance solde de carte de crédit

---

---

### Déclaration inexacte ou fausse déclaration

---

Si, à toute étape d'une demande de prestations, vous dénaturez des renseignements (c'est-à-dire, si vous fournissez des renseignements inexacts ou omettez de divulguer des renseignements) qu'il est important de faire connaître pour les besoins de l'établissement de votre assurance, votre assurance pourrait être annulée et être traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur. En cas de déclaration inexacte, nous refuserons votre demande de prestations et, sauf en cas de fraude, nous vous rembourserons votre *prime* d'assurance, déduction faite des frais de traitement.

---

### Erreur sur l'âge

---

Si vous avez fait une erreur sur votre âge lorsque vous avez souscrit l'assurance et que, en raison de votre âge véritable vous auriez été inadmissible à l'assurance solde de carte de crédit (assurance créances collective), la responsabilité de CUMIS se limite à vous rembourser les *primes* acquittées, et votre assurance sera considérée nulle et non avenue, comme si elle n'avait jamais été en vigueur.

Si vous étiez admissible à l'assurance en fonction de votre âge véritable, nous effectuerons tout rajustement nécessaire aux garanties, à la *prime* ou à la durée de l'assurance afin de maintenir votre couverture en vigueur.

---

### Conformité aux lois

---

Si, à la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, il y a discordance entre une partie du certificat d'assurance et les lois le régissant, les dispositions relatives à ces lois ont préséance.

---

### Annulation du certificat ou du contrat

---

Nous nous réservons le droit d'annuler le *contrat collectif*. Dans un tel cas, le *titulaire du contrat collectif* vous avisera au moins **30 jours** avant la date d'effet de l'annulation, et nous honorerons toute demande de prestations valide présentée avant cette date.

#### **IV. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE PRESTATIONS**

##### **A. PREUVE DE SINISTRE**

Le processus de demande de prestations diffère selon le type de demande de prestations.

###### Assurance vie

Pour présenter une demande de prestation de décès, CUMIS est le premier point de contact avec lequel votre plus proche parent ou votre représentant successoral doit communiquer. CUMIS communiquera avec le *titulaire du contrat collectif* afin de coordonner l'obtention des formulaires de demande de prestation nécessaires, ainsi que les renseignements requis sur la *carte de crédit assurée* pour entreprendre le traitement de la demande.

Dès qu'une décision est prise à l'égard de la demande de prestation, nous en informons le *titulaire du contrat collectif*, lequel communique ensuite avec votre représentant successoral. Ce dernier peut en tout temps communiquer avec CUMIS pour connaître l'état de la demande de prestation.

**MISE EN GARDE :**

**Votre représentant successoral doit nous faire parvenir une déclaration et preuve de sinistre à l'intérieur d'un délai d'un an à compter de la date de votre décès. Cela comprend une preuve de votre décès et tous les documents à l'appui que nous pouvons exiger.**

###### Autres garanties - prestation du vivant, mutilation accidentelle ou paraplégie, invalidité, maladies graves, perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome

Pour présenter une demande de prestation du vivant ou de prestation au titre des garanties mutilation accidentelle ou paraplégie, invalidité, maladies graves, perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome, veuillez communiquer avec CUMIS. Lorsque vous effectuez votre appel initial, nous commençons par vous poser des questions afin de valider votre identité et votre *carte de crédit assurée*. L'information dont nous avons besoin pour établir votre admissibilité à l'assurance peut différer selon le type de demande de prestations.

Lorsque vous aurez soumis votre demande de prestations, nous vous aviserons si nous avons besoin de documents ou de renseignements supplémentaires. Nous vous demanderons également de remplir et de nous retourner un formulaire d'autorisation nous permettant d'obtenir de l'information directement auprès de vos *médecins*, votre employeur ou de toute autre source que nous jugeons pertinente.

Veuillez noter que vous demeurez légalement responsable d'effectuer le paiement de votre *carte de crédit assurée* et d'acquitter vos *primes* d'assurance au *titulaire du contrat collectif* tout au long du processus de traitement de votre demande de prestations. Nous vous aviserons, ainsi que le *titulaire du contrat collectif*, de l'acceptation ou du refus de votre demande de prestations. Si votre demande est acceptée, nous verserons les prestations décrites dans le présent guide. En cas de refus de votre demande, nous vous en expliquerons les raisons.

**MISE EN GARDE :**

**Pour l'assurance mutilation accidentelle ou paraplégie :**

- **Les demandes de prestation, y compris la preuve de sinistre et les documents à l'appui que nous pouvons exiger, doivent nous parvenir dans un délai de un an à compter de la date de la perte.**

**Pour la prestation du vivant ou la prestation au titre des garanties invalidité, maladies graves, perte d'emploi involontaire et perte d'un travail autonome :**

- **vous devez nous fournir un avis écrit dans les 30 jours suivant la date à laquelle le sinistre survient pour la première fois (soit la date à laquelle vous avez reçu un *diagnostic de maladie en phase terminale* ou un *diagnostic de maladie grave*, êtes devenu *totale*ment invalide pour la première fois ou avez involontairement perdu votre *emploi* ou perdu votre travail autonome).**
- **Vous devez également produire une preuve de sinistre, dans un format que nous jugeons acceptable, dans les 90 jours suivant la date à laquelle le sinistre survient pour la première fois. Si nous ne recevons pas de déclaration de sinistre dans les délais prescrits, vous devrez fournir une explication par écrit de la raison de ce retard dans l'année suivant la date du sinistre, conformément à la législation provinciale en matière d'assurance.**
- **Pour l'assurance perte d'un travail autonome, vous devez également nous fournir des renseignements supplémentaires, n notamment des états financiers, des copies du permis d'exploitation ou des statuts constitutifs, et tout autre document à l'appui du sinistre, le cas échéant.**

## **B. DÉLAIS IMPORTANTS**

**MISE EN GARDE :**

**En cas de sinistre, veuillez communiquer avec nous dès que possible. Vous devez nous fournir une déclaration et preuve de sinistre dans les délais précisés à la rubrique « Preuve de sinistre ». Autrement, nous pourrions refuser votre demande de prestations et ne verser aucune prestation.**

Vous pouvez également obtenir de l'information sur la façon de présenter une demande de prestations en consultant la page Web à l'adresse suivante : [www.cumis.com](http://www.cumis.com), ou en communiquant avec *nous* pour obtenir de l'aide.

La Compagnie d'assurance-vie CUMIS  
151 North Service Road, C.P. 5065  
Burlington (Ontario) L7R 4C2  
À l'attention du Service des règlements

Numéro sans frais : 1 800 263-9120  
Numéro de télécopieur confidentiel sans frais : 1 800 897-7065  
Courriel confidentiel : [claims.centre@cumis.com](mailto:claims.centre@cumis.com)

### **Droits d'examen**

Nous pourrions vous demander de vous soumettre à un examen effectué par un *médecin* de notre choix. Les coûts de cet examen seront à notre charge. Si vous refusez de vous soumettre à cet examen, aucune prestation ne vous sera versée. Dans le cas d'une demande de prestation de décès, nous avons le droit, là où la loi le permet, de demander qu'une autopsie soit pratiquée.

## **C. RÉPONSE DE L'ASSUREUR**

Au cours des **30 jours** suivant la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante, nous:

- verserons les prestations prévues par le contrat; ou
- vous communiquerons par écrit les raisons pour lesquelles nous croyons qu'aucune prestation n'est payable.

Les prestations seront versées au créancier et serviront à rembourser ou réduire votre solde.

## **D. CESSATION DES VERSEMENTS DE PRESTATIONS MENSUELLES (POUR L'ASSURANCE INVALIDITÉ, PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE ET PERTE D'UN TRAVAIL AUTONOME)**

---

### **Cessation du versement des prestations d'invalidité**

---

Les prestations d'*invalidité* sont versées jusqu'à la première des éventualités suivantes à survenir :

- la date à laquelle vous cessez d'être *totale*ment invalide;
- la date à laquelle nous avons versé la prestation maximale de 25 000 \$;
- la date à laquelle le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la date de votre *invalidité totale* est payé;
- la date à laquelle vous amorcez votre incarcération dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- la date à laquelle vous participez à une quelconque *entreprise* ou activité contre rémunération ou profit;
- vous ne recevez plus de soins d'un *médecin*;
- vous refusez de vous soumettre à l'examen médical d'un *médecin* de notre choix;
- la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante d'*invalidité totale* continue;
- la date à laquelle prend fin votre assurance, tel qu'il est indiqué à la rubrique « Fin de la protection d'assurance »;
- la date à laquelle vous commencez à recevoir des prestations au titre de l'assurance perte d'emploi involontaire ou de l'assurance perte d'un travail autonome de CUMIS;
- la date à laquelle vous atteignez **70 ans**.

---

### Cessation du versement des prestations pour perte d'emploi involontaire

---

Les prestations d'assurance perte d'emploi involontaire sont versées jusqu'à la première des éventualités suivantes à survenir :

- la date de votre *retour au travail*;
- la date à laquelle vous devenez un *travailleur autonome*;
- la date à laquelle le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la date de votre *perte d'emploi involontaire* a été payé;
- la date à laquelle le versement des prestations atteint la prestation maximale de 25 000 \$;
- la date à laquelle vous êtes incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- la date à laquelle vous participez à une quelconque *entreprise* ou activité contre rémunération ou profit;
- la date à laquelle prend fin votre assurance, tel qu'il est indiqué à la rubrique « Fin de la protection d'assurance »;
- la date à laquelle vous commencez à recevoir des prestations d'*invalidité* ou des prestations pour *perte d'un travail autonome*;
- la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante de réception continue des *prestations d'assurance-emploi* ou une preuve satisfaisante à l'effet que vous êtes toujours sans *emploi* (ne s'applique pas si la *perte d'emploi involontaire* est attribuable à une *grève*);
- la date à laquelle vous atteignez **70 ans**.

---

### Cessation du versement des prestations d'assurance pour perte d'un travail autonome

---

Les prestations d'assurance perte d'un travail autonome sont versées jusqu'à la première des éventualités suivantes à survenir :

- la date de votre *retour au travail*;
- la date à laquelle vous commencez à occuper tout *emploi*;
- la date à laquelle le *solde impayé* de votre *carte de crédit assurée* à la date de la *perte d'un travail autonome* a été payé;
- la date à laquelle nous avons versé la prestation maximale de 25 000 \$;
- la date à laquelle vous êtes incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- la date à laquelle prend fin votre assurance, tel qu'il est indiqué à la rubrique « Fin de la protection d'assurance »;
- la date à laquelle vous commencez à recevoir des prestations d'*invalidité* ou des prestations d'assurance perte d'emploi involontaire;
- la date à laquelle vous omettez de fournir une preuve satisfaisante indiquant que vous êtes toujours sans *emploi*;
- la date à laquelle vous atteignez **70 ans**.

## **E. APPEL D'UNE DÉCISION DE L'ASSUREUR ET RECOURS**

Si nous refusons votre demande de prestations et que vous n'êtes en accord avec notre décision, vous pouvez nous envoyer une demande officielle par écrit afin de faire réviser notre décision. Cette demande doit faire état des raisons de votre désaccord et contenir des documents justificatifs. Une fois reçue, nous examinerons votre demande et vous informerons de notre décision définitive.

Si vous n'êtes pas satisfait de notre décision définitive, nous vous fournissons de l'information sur les mesures à prendre pour que votre demande de révision de votre dossier soit passée de nouveau en revue. Vous pouvez également communiquer avec notre Bureau de l'ombudsman.

**Courrier :** Bureau de l'ombudsman  
The Co-operators Group Limited  
130 Macdonell Street  
Guelph (Ontario) N1H 6P8

**Courriel :** [ombuds@cooperators.ca](mailto:ombuds@cooperators.ca)  
**Téléphone :** 1 877 720-6733  
**Télécopieur :** 1 519 823-9944

En cas de refus de votre demande de prestations ou lorsque nous mettons fin au versement de vos prestations, la législation provinciale impose des limites strictes quant aux délais impartis pour intenter une poursuite en justice contre un assureur, afin de réclamer des prestations. Ce délai commence à courir le jour où nous refusons initialement votre demande de prestations ou mettons fin au versement des prestations.

Toute action ou poursuite en justice contre un assureur pour réclamer des sommes exigibles au titre d'un contrat est absolument interdite, sauf lorsqu'elle est intentée à l'intérieur du délai prescrit par la *Loi sur les assurances* ou toute autre législation applicable.

## **V. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Pour plus de renseignements, communiquez avec l'assureur :

La Compagnie d'assurance-vie CUMIS  
151 North Service Road, C.P. 5065  
Burlington (Ontario) L7R 4C2

Numéro sans frais : 1 800 263-9120  
Numéro de télécopieur confidentiel sans frais : 1 800 897-7065  
Courriel confidentiel : [claims.centre@cumis.com](mailto:claims.centre@cumis.com)

## **VI. PRODUITS SIMILAIRES**

Veillez noter que d'autres produits d'assurance offrant une protection similaire à l'assurance présentée dans le présent guide de distribution existent sur le marché. Nous vous invitons à vous renseigner afin d'être sûr que cette assurance rencontre vraiment vos besoins.

## **VII. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS**

Si vous avez des questions à propos des obligations de Votre distributeur ou de Nos obligations envers vous, vous pouvez contacter l'*Autorité des marchés financiers* à cette adresse :

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

Téléphone

Sans frais : 1-877-525-0337  
Québec : 418-525-0337  
Montréal : 514-395-0337

Adresse Internet : [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)



## **VIII. CONFIDENTIALITÉ**

### **Votre vie privée est importante pour nous**

Chez CUMIS-Vie, nous reconnaissons l'importance de la vie privée et la respectons. Lorsque vous souscrivez une assurance, nous créons un dossier confidentiel et recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels afin d'établir et d'administrer votre assurance et d'en assurer le service. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et les corriger, au besoin, en nous en faisant la demande par écrit.

Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels par notre personnel et les autres personnes que nous autorisons parce qu'elles en ont besoin pour remplir leurs fonctions. Nous pouvons conserver ou traiter vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis ou dans d'autres pays et, sous réserve des lois applicables, les gouvernements, les tribunaux, les organismes d'application de la loi et les organismes de réglementation peuvent, par jugement, obtenir la divulgation de vos renseignements personnels.

Nous pouvons également communiquer vos renseignements personnels au *titulaire du contrat collectif* et à ses sociétés affiliées, aux sociétés affiliées de CUMIS-Vie ou à toute entité avec qui le *titulaire du contrat collectif* ou CUMIS-Vie a pris des dispositions pour vous informer des produits et services pouvant vous intéresser. Vous pouvez empêcher que vos renseignements personnels soient partagés ou utilisés à ces autres fins en communiquant avec nous.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur nos règles de confidentialité, veuillez consulter la page Web à l'adresse suivante : [www.cumis.com](http://www.cumis.com). Pour toute question sur vos renseignements personnels, appelez-nous sans frais au 1 800 263-9120, envoyez-nous un courriel à [privacy.officer@cumis.com](mailto:privacy.officer@cumis.com) ou écrivez-nous à La Compagnie d'assurance-vie CUMIS, C.P. 5065, 151 North Service Road, Burlington (Ontario) 7R 4C2, à l'attention de l'agent de protection de la vie privée.

**AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

**AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR**

Article 440 de la loi concernant 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 pénalités, dans les 10 jours de sa signature. **L'Assureur vous offre 30 jours suivant la réception de votre certificat d'assurance, pour annuler sans pénalités.** Pour ce faire, vous devez envoyer un avis par courrier recommandé avant ce délai. Vous pouvez utiliser le modèle ci-joint à cet effet.
- 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 **30 jours**, vous avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter l'Autorité des marchés financiers au: (418) 525-0337 ou 1-877-525-0337.

**Guide de distribution**

Assurance solde de carte de crédit

---

**AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

À : \_\_\_\_\_  
(Nom de l'Assureur)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adresse de l'Assureur)

Date : \_\_\_\_\_  
(Date d'envoi de l'avis)

En vertu de l'Article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance numéro :

\_\_\_\_\_  
(Numéro de 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)

Le distributeur doit remplir au préalable cette section. Cet envoi doit être transmis par courrier recommandé.

## **Guide de distribution**

### Assurance solde de carte de crédit

---

**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.

**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 le règlement, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de sa signature de ce contrat, le résoudre.

**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.

**442.** Un contrat ne peut contenir de disposition 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.

**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, 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.