

DISTRIBUTION GUIDE

Name of Insurance Product

Line of Credit Monthly Premium Creditor's Group Insurance

Type of Insurance Product

Life, Disability or Critical Illness Insurance for Your Line of Credit

Name and Address of the Insurer:

CUMIS Life Insurance Company
151 North Service Road, P.O. Box 5065
Burlington (Ontario) L7R 4C2
Telephone: 1-800-263-9120
Fax: 1-800-897-7065

Name and Address of the Distributor:

Name: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Fax Number: _____

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

Table of Contents

I. DEFINITIONS	3
II. INTRODUCTION	9
III. DESCRIPTION OF PRODUCT OFFERED	9
A. Nature of the Coverage	9
B. Summary of Specific Features	9
Eligibility Requirements	9
Guaranteed Maximum Insurance Amount	10
Health Questionnaire	10
Specific Eligibility Requirements per Benefit	10
Insurance Coverage Starts	11
Cost of Insurance	12
Amount of Insurance Benefits	13
When do Disability Benefits begin?	16
When do Disability Benefits end?	16
Refinancing Your Line of Credit	17
IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OR REDUCTION IN COVERAGE	19
V. CANCELLATION AND END OF INSURANCE	22
A. How to Cancel this Insurance	22
B. End of Insurance Coverage	22
VI. PROOF OF LOSS OR CLAIM	23
A. Submission of a Claim	23
B. Insurer's Reply	25
C. Appeal from Insurer's Ruling and Recourses	25
D. Other Information	25
VII. SIMILAR PRODUCTS	26
VIII. REFERRAL TO THE AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS ..	26
IX. CONFIDENTIALITY	27

I. DEFINITIONS

The following definitions apply to the Line of Credit Monthly Premium Creditor's Group Insurance 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.
Accrued Interest:	Means the interest owing on the Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit 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:	Means You were working at any 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 immediately preceding the Effective Date of Insurance or Requested Effective Date shown on Your Insurance Enrolment; or, if not, at any time between the Effective Date of Insurance or Requested Effective Date shown on Your Insurance Enrolment and the date of Total Disability.
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.
Authorized Line of Credit Limit:	Means the maximum amount of funds which You may borrow on Your Line of Credit, as authorized and approved by the Group Policyholder as of the date You apply for insurance coverage. If Your Authorized Line of Credit Limit amount is greater than \$1,000,000 (the Maximum Insurance Available amount shown on Your Insurance Enrolment), Your Insured Line of Credit will be capped at \$1,000,000. This capped insured coverage amount will be used to calculate Premium and pay insurance benefits at the time of claim.
Business:	Means a sole proprietorship, partnership, corporation or other entity operating a business or farm that is indebted to the Group Policyholder under a Line of Credit.

Cancer:	<p>Means a malignant tumour characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells with invasion and destruction of normal tissue.</p> <p>The term Cancer includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leukemia; • Lymphoma; • Hodgkin's disease; and • Metastatic tumours. <p style="text-align: center;">CAUTION</p> <p>The following Cancers are excluded from coverage under this insurance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • All tumours 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; • Micro-carcinoma of the thyroid less than 1 cm in diameter.
Cheques in Transit:	Means any cheques You have written or any debits You have authorized on Your Line of Credit prior to the date of Your death, Total Disability, Date of Diagnosis of Terminal Illness or critical illness, and which are processed within 15 days of that date, up to a maximum cumulative total of \$5,000.
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.
Diagnosis and Diagnosed:	Mean a definitive written diagnosis of a medical condition made by a Licensed Physician qualified to make that diagnosis.
Effective Date of Insurance:	Means the later of the Effective Date of Insurance or Requested Effective Date indicated on Your Insurance Enrolment, or, the date You have been notified by Us in writing that Your insurance coverage has been issued.

Elimination Period:	<p>Means a waiting period counted as a consecutive number of days beginning on the date of Your Total Disability; and can be either Non-Retroactive or Retroactive. We will start paying insurance benefits as of the expiry of the Elimination Period.</p> <p>a) Non-Retroactive means We will not pay benefits retroactively to the start of Your Total Disability.</p> <p>b) Retroactive means We will pay insurance benefits retroactively to the start of Your Total Disability.</p> <p>The Elimination Period for this plan is 30 days Non-Retroactive.</p>
Grace Period:	Means means the period of time Your Premium is not paid when due and remains unpaid.
Group Policy:	Means the creditor's group insurance policy issued by CUMIS Life to the Group Policyholder which makes life insurance, critical illness insurance and disability insurance available to all eligible individuals who choose to enrol and pay the required Premium.
Group Policyholder:	Means the Group Policyholder specified on your Insurance Enrolment.
Health Care Practitioner:	Means a person lawfully entitled to provide insured health services, as defined under the Canada Health Act.
Insurance Enrolment:	Means the form completed and signed by You to enrol for one or more types of insurance under the Group Policy.
Insured:	Means an individual, including You, who has enrolled and has met all eligibility requirements for one or more types of insurance under the Group Policy.
Insured Line of Credit:	Means the amount of Your Line of Credit for which We have issued insurance coverage for You and for which You have paid the required monthly Premium. The amount of insurance coverage on Your Line of Credit may be less than Your Authorized Line of Credit Limit.
Insurer:	Means CUMIS Life Insurance Company
Heart Attack:	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p style="text-align: center;">CAUTION</p> <p>Heart Attack does not include, and We will not pay a critical illness insurance benefit for, any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Elevated biochemical cardiac markers as a result of coronary angiography or coronary angioplasty in the absence of new Q waves; or b) Incidental findings of ECG changes suggesting a prior myocardial infarction, which do not meet the Heart Attack definition described above.

Licensed Physician or Physician:	Means a person who is legally licensed to practise medicine by the licensing authority of the provincial jurisdiction in which he or she is practising within the scope of his or her licensed authority.
Line of Credit:	Means the Line of Credit granted to You by the Group Policyholder, as of the Effective Date of Insurance or Requested Effective Date shown on Your Insurance Enrolment, which permits You to borrow funds up to Your Authorized Line of Credit Limit, make repayments in any amount at any time, and obtain any number of re-advances as long as Your Authorized Line of Credit Limit is not exceeded.
Maximum Benefit Period Per Occurrence:	Means 60 months, the maximum limit on the total number of months for which We will pay disability insurance benefits for a single claim, as shown on Your Insurance Enrolment.
Maximum Cumulative Benefit Payable:	Means the maximum limit on the total amount of disability insurance benefits We will pay for any Line of Credit, as shown on Your Insurance Enrolment. The Maximum Cumulative Benefit Payable for this insurance is \$180,000. If Your life insurance coverage amount or, if applicable, critical illness insurance coverage amount is less than the Maximum Cumulative Benefit Payable, Your disability insurance benefit payments will be capped at the life or critical illness insurance coverage amount.
Maximum Insurance Available:	Means \$1,000,000, the maximum limit on the amount of life insurance and critical illness insurance coverage We will issue for any Line of Credit.
Maximum Monthly Benefit Payable:	Means \$3,000, the maximum limit on the monthly amount of disability insurance benefits We will pay for any Line of Credit, as shown on Your Insurance Enrolment.
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 Line of Credit, as calculated by the Group Policyholder, upon which the monthly Premium is calculated and payable.
Premium:	Means the total premium payable for all insurance coverage(s) for which You have elected to enrol and We have issued. The premium is considered to be the cost of Your insurance.
Principal Occupation:	Means the occupation from which You derived at least 75% of Your gross pay for the 12 month period immediately preceding the date of Your Total Disability.
Pre-Existing Condition:	Means any illness, disease, bodily injury, condition or symptom (regardless of whether or not a Diagnosis has been made) for which You sought or received, or a prudent person would have sought or received, Medical Advice or Treatment in the 12 months immediately preceding the Effective Date of Insurance.
Product Guide and Certificate of Insurance:	Means the document You receive if You are approved for this insurance, describing the main features of the insurance coverage.
Refinance:	Means You and the Group Policyholder agree to Refinance, replace, renew, extend or otherwise amend Your Insured Line of Credit.
Requested Effective Date:	Means the date You have applied for each type of insurance as shown on Your Insurance Enrolment if Your Authorized Line of Credit Limit is greater than 50 000 \$.

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.
Settlement Interest:	Means interest on the Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit 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 or the Date of Diagnosis of Your critical illness or Terminal 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 the Insurer, a condition may be Diagnosed by a qualified Licensed Physician practicing in Canada.
Stroke:	<p>Means a cerebrovascular incident resulting in irreversible death of brain tissue due to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cerebral haemorrhage; • cerebral embolism; • cerebral thrombosis; or • subarachnoid haemorrhage. <p>This event must result in significant neurological functional impairment that must be present on physical examination by a neurologist at least three (3) months after the event and be permanent with no hope of recovery. This 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.</p> <p style="text-align: center;">CAUTION</p> <p>The following are excluded from the coverage under this insurance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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 two years 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, You are eligible to make a living benefit insurance claim.

<p>Total Disability:</p>	<p>A disability is a medical impairment due to injury or illness which prevents You from performing the regular duties of Your Principal Occupation for the first 12 months of disability, and following this, prevents You from performing the duties of any occupation.</p> <p>If You are Employed or a Seasonal Employee as of the date You became Totally Disabled, then Totally Disabled and Total Disability mean:</p> <ul style="list-style-type: none"> • You are not able to perform the substantial and material duties of Your Principal Occupation; and • You are receiving Appropriate Medical Care. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • You are totally and continuously unable to carry out the normal Activities of Daily Living; and • You are receiving Appropriate Medical Care.
<p>We, Us, Our:</p>	<p>Means the CUMIS Life Insurance Company.</p>
<p>You, Your:</p>	<p>Means each individual:</p> <p>a) Who is eligible for insurance under the Group Policy, meaning a natural person (or persons) who has (or have) obtained a Line of Credit with the Group Policyholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • for which they are liable and have a legal obligation to repay, either in whole or in part, as a borrower, co-borrower, co-signer, guarantor or endorser; or • in the case of a Business, have a legal obligation to repay the Line of Credit to the Group Policyholder either as a Business owner, key person, or any person associated with the Business who is obligated to the debt; <p>b) Who is named on the Insurance Enrolment and has enrolled for one or more types of insurance under the Group Policy;</p> <p>c) For whom We have received the Premium; and</p> <p>d) To whom We have issued a Product Guide and Certificate of Insurance.</p>

II. INTRODUCTION

The purpose of this Distribution Guide is to describe the insurance product offered to You and to make it easier to understand. It is designed to help You appreciate, on Your own, if this insurance product meets Your needs.

If You are approved for this insurance, You will receive a Product Guide and Certificate of Insurance which confirms the terms, conditions and the amount of Your insurance coverage.

III. DESCRIPTION OF THE PRODUCT OFFERED

A. NATURE OF THE COVERAGE

The CUMIS Monthly Premium Creditor's Group Insurance for Line of Credit is an optional insurance product which offers security during times of financial hardship caused by certain life events. The following insurance benefits are offered:

- **Life Insurance:** pays off or reduces Your outstanding Insured Line of Credit if You die, up to a maximum of \$1,000,000.
- **Living Benefit:** pays off or reduces Your outstanding Insured Line of Credit if You are Diagnosed with a Terminal Illness, up to a maximum of \$1,000,000. This coverage is automatically provided to You if We have issued a life insurance coverage to you.
- **Critical Illness Insurance:** pays off or reduces Your outstanding Insured Line of Credit if You are Diagnosed with a covered critical illness.

The critical illnesses that are covered by this insurance are:

- Heart Attack;
 - Cancer;
 - Stroke.
- **Disability Insurance:** pays a monthly disability insurance benefit equal to 3% of the outstanding Insured Line of Credit if You become Totally Disabled.

B. SUMMARY OF SPECIFIC FEATURES

Eligibility Requirements

You are eligible to enrol for life insurance, critical illness insurance and disability insurance on Your Line of Credit if, as of the Effective Date of Insurance or Requested Effective Date shown on Your Insurance Enrolment:

- You are a Canadian resident (living in Canada at least six months out of the year);
- You have a legal obligation to repay Your Line of Credit to the Group Policyholder, either as a borrower, co-borrower, co-signer, guarantor or endorser;
- You have a legal obligation to repay Your Line of Credit 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.

Guaranteed Maximum Insurance Amount

The Guaranteed Maximum Insurance Amount is **\$50,000**. This means that, at time of enrolment, We will automatically issue the insurance coverage for which You have enrolled if the amount of Your Line of Credit is **less than or equal to \$50,000**, and You meet all of the eligibility requirements when You complete Your Insurance Enrolment.

Insurance coverage for any subsequent increases to Your Line of Credit up to the Guaranteed Maximum Insurance Amount of \$50,000 will also be automatically issued.

CAUTION

Insurance coverage based on more than the Guaranteed Maximum Insurance Amount must be approved by Us in writing.

If We do not issue insurance coverage above \$50,000, You will then be issued insurance coverage at \$50,000. We will notify You of this revised amount in writing. Insurance Premium may be different as a result. If this is the case, the Maximum Monthly Disability Benefit and the Maximum Cumulative Benefit Payable will be reduced to reflect the amount of disability insurance coverage We have issued.

The Guaranteed Maximum Insurance Amount is only available at the time insurance coverage is issued.

Health Questionnaire

For a Line of Credit above \$50,000, You are required to answer the health questionnaire included in Your Insurance Enrolment. Your answers help Us assess Your eligibility for the amount of insurance for which You have enrolled.

Your insurance may be automatically approved if:

- the Line of Credit is **between \$50,000 and \$300,000**; and
- You answer **no** to all questions in the health questionnaire included in Your Insurance Enrolment.

You must provide responses to supplementary health questions and fulfil any other underwriting requirements that CUMIS Life requires if:

- You answer **yes** to any questions in the health questionnaire included in Your Insurance Enrolment.; or
- the Line of Credit **exceeds \$300,000**;

Specific Eligibility Requirements per Benefit

LIFE INSURANCE

You are eligible to enrol for life insurance on Your Line of Credit if, as of the Requested Effective Date shown on Your Insurance Enrolment:

- You are **16 years of age or older**; and
- You are **under the age of 70**.

You are automatically eligible for the **living benefit** if We have issued a life insurance coverage to you.

CRITICAL ILLNESS INSURANCE

You are eligible to enrol for critical illness insurance on Your Line of Credit if, as of the Requested Effective Date shown on Your Insurance Enrolment:

- You have also enrolled for life insurance;
- You are **16 years of age or older**; and
- You are **under the age of 60**.

You are **not** eligible to enrol if You have had a claim for a critical illness insurance benefit under any creditor's group insurance policy or certificate of insurance issued by us.

The amount of critical illness insurance coverage for which You enrol must be the same as the amount of life insurance for which You enrol.

DISABILITY INSURANCE

You are eligible to enrol for disability insurance on Your Line of Credit if, as of the Requested Effective Date shown on Your Insurance Enrolment:

- You have also enrolled for life insurance;
- You are **16 years of age or older**; and
- You are **under the age of 70**.

CAUTION

When We have completed Our review of Your eligibility for insurance, We will notify You in writing if We issue or decline Your coverage.

Insurance Coverage Starts

Your Effective Date of Insurance for Monthly Premium Creditor's Group Insurance coverage begins on the latest of the following dates:

- The Effective Date of Insurance or Requested Effective Date as stated on Your Insurance Enrolment; or
- The date of written notice of approval of Your Monthly Premium Insurance certificate.

You will receive a confirmation of Your insurance coverage.

If You would like to enrol for additional benefits which were previously waived, or make any changes to Your existing coverage, You may contact the Group Policyholder for more information.

Cost of Insurance

Premium

Premium means the total premium payable for all insurance coverage(s) for which You have elected to enrol and We have issued. The Premium is considered to be the cost of Your insurance.

Your monthly insurance Premium is calculated based on Your attained age at the end of each billing period and the Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit for the previous month, as calculated by the Group Policyholder. Your insurance Premium is calculated for each type of insurance You enrol and We issue coverage.

If Your Authorized Line of Credit Limit is more than the amount of insurance coverage We have issued to you, Your monthly insurance Premium will be based on the amount of insurance We have issued.

Premium Payments

Each month, Your insurance Premium, plus applicable taxes, is payable to CUMIS Life and is withdrawn from the account You specified, and in accordance with terms on Your Insurance Enrolment.

If the average Outstanding Balance on Your Insured Line of Credit is zero in any given month, no Premium is charged.

Missed Premium Payments and Grace Period

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

Grace Period

If Your Premium is not paid when due and remains unpaid, Your insurance coverage will remain in force for a Grace Period of 75 days. After this time, Your insurance will lapse (that is, automatically end) and You will not have any insurance coverage under the Product Guide and Certificate of Insurance.

The Grace Period will not apply if this Policy is terminated by CUMIS or by the Group Policyholder.

Multi Insured Discount

A Premium discount will apply if more than one Insured, as shown on Your Insurance Enrolment, has been issued coverage for the same type of insurance on the Line of Credit.

Premium will be calculated for each Insured and added together. The discount will be applied on the total Premium and will be adjusted according to the number of Insureds with the same type of benefit.

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.

Material Misrepresentation

A material misrepresentation occurs if You do not answer required health, smoking status or other questions correctly or completely (that is, if You fail to disclose information or give incorrect information relating to Your Insurance Enrolment or at time of claim) and We provide You with insurance coverage that We would not have issued if You answered the questions correctly and completely.

If You misrepresent 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 insurance coverage, deny any pending claim, and except for fraud, refund Your Premium less Our applicable processing fee.

Amount of Insurance Benefits

LIFE INSURANCE

If You Die from an Accident

If You die from an Accident, We will pay a life insurance benefit equal to the Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit as of the date of Your death, as calculated by the Group Policyholder.

If You Die from Other Causes

If You die from causes other than an Accident, We will pay a life insurance benefit equal to the lesser of the following amounts, as calculated by the Group Policyholder:

- The Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit as of the date of Your death; and
- 110% of the average monthly Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit for the 12 month period preceding the date of Your death.

We will also pay Accrued Interest on the applicable amount as calculated above as well as Cheques in Transit and Settlement Interest.

The life insurance benefit payable will not exceed the amount of insurance coverage which We have issued to you. The maximum payable amount is **\$1,000,000**.

LIVING BENEFIT

If You are Diagnosed with a Terminal Illness, the living benefit payable will be the lesser of the following amounts, as calculated by the Group Policyholder:

- The Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit as of the Date of Diagnosis of Your Terminal Illness; and
- 110% of the average monthly Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit for the 12 month period preceding the Date of Diagnosis of Your Terminal Illness.

We will also pay Accrued Interest on the applicable amount as calculated above, as well as Cheques in Transit and Settlement Interest.

The amount of insurance payable for a living benefit will not exceed the amount of life insurance coverage which We have issued to you. The maximum payable amount is **\$1,000,000**.

CRITICAL ILLNESS INSURANCE

If You are diagnosed with a critical illness, Your benefit will be the lesser of the following amounts, as calculated by the Group Policyholder:

- The Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit as of the Date of Diagnosis of Your critical illness; and
- 110% of the average monthly Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit for the 12 month period preceding the Date of Diagnosis of Your critical illness.

We will also pay Accrued Interest on the applicable amount as calculated above as well as Cheques in Transit and Settlement Interest.

The amount of insurance payable for a critical illness will not exceed the amount of insurance coverage which We have issued to you. The maximum payable amount is **\$1,000,000**.

The Diagnosis of Heart Attack, Cancer or Stroke must be made by a Specialist.

DISABILITY INSURANCE

If You become Totally Disabled from an Accident

If You become Totally Disabled from an Accident, We will pay a monthly disability insurance benefit equal to 3% of the Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit as calculated by the Group Policyholder, as of the date of Your Total Disability.

The monthly disability insurance benefit payable will not exceed the Maximum Monthly Benefit Payable shown on Your Insurance Enrolment.

If You become Totally Disabled from Other Causes

If You become Totally Disabled from causes other than an Accident, We will pay a monthly disability insurance benefit equal to 3% of the lesser of the following amounts, as calculated by the Group Policyholder:

- The Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit as of the date of Your Total Disability; and
- 110% of the average monthly Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit for the 12 month period preceding the date of Your Total Disability.

The maximum monthly payment is **\$3,000 per month**, for a maximum period of **60 months**. The total amount of disability insurance benefits We will pay is **\$180,000** (this is the Maximum Cumulative Benefit Payable for disability insurance). Disability insurance benefits will not exceed the amount of insurance coverage which We have issued to you.

You are responsible to make up any deficiency between Your Line of Credit Payment and the disability insurance benefit.

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.

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

Recurring Disabilities

If Your Total Disability recurs within six months 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 shown on Your Insurance Enrolment will not apply to Your claim for recurrence.

The recurring disability insurance benefit, whether paid consecutively or in aggregate, will not exceed the Maximum Benefit Period Per Occurrence as shown on Your Insurance Enrolment.

Concurrent Disabilities

A concurrent Total Disability means You sustain a second Total Disability while You are already receiving disability insurance benefits for an unrelated condition.

If this happens, a new Total Disability 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 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. A new maximum benefit period will begin.

When do Disability Benefits begin?

Once We have approved Your claim, We will start paying disability insurance benefits as of the expiry of the Elimination Period.

When do Disability Benefits end?

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

- The date You are no longer Totally Disabled;
- The date disability insurance benefit payments have reached the Maximum Benefit Period Per Occurrence in months shown on Your Insurance Enrolment;
- The date the cumulative total of all disability insurance benefits We have paid equals the Maximum Cumulative Benefit Payable shown on Your Insurance Enrolment;
- The date Your Line of Credit is paid out;
- 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" in section V of this guide; or
- The date the cumulative total of all the monthly disability insurance benefits We have paid for Your Total Disability equals:
 - a) The Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit on the date of Your Total Disability; or
 - b) 110% of the average monthly Outstanding Balance of Your Insured Line of Credit for the 12 month period preceding the date of Your Total Disability.

Claim arising during Grace Period

If You die, become Totally Disabled or are Diagnosed with a critical illness or Terminal Illness during the Grace Period, We will calculate any insurance benefits that may be payable based on the end of the period to which Your last payment of Premium applied. We may also deduct any unpaid Premium from any insurance benefits that may be payable.

Misstatement of Age

If You misstated Your age on Your Insurance Enrolment and as a result Your correct age would have made You ineligible for Monthly Premium 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.

Misrepresentation of Smoking Status

If You misstated Your smoking status or habits on Your Insurance Enrolment, We will consider this a material misrepresentation and Your insurance would be void from the beginning (that is, treated as if never in force). If this happened, We would decline Your claim and, except for fraud, refund Your Premium, less Our applicable processing fee.

Refinancing Your Line of Credit

Refinance means You and the Group Policyholder agree to Refinance, replace, renew, extend or otherwise amend Your Insured Line of Credit.

If You Refinance Your Line of Credit, You will have the option to reapply for insurance coverage on the new Line of Credit amount, or maintain Your existing Line of Credit insurance coverage.

What happens on Refinancing?

If You enrol for, and We issue insurance coverage on, the new Line of Credit amount, You will be issued a new Product Guide and Certificate of Insurance, which will replace all of the terms and conditions of Your previous Certificate of Insurance.

If You enrol for, and We issue coverage above the Guaranteed Maximum Insurance Amount on Your new Authorized Line of Credit Limit, all exclusions, restrictions and limitations for Your new insurance coverage will apply as of the Effective Date of Insurance for Your new insurance coverage amount(s).

Prior Coverage Recognition – (Applicable for Single Applicant Coverage Only)

If during the authorization of a Line of Credit increase, Your application for new insurance coverage is not issued, We may provide an offer to recognize the insurance coverage that was in effect immediately prior to the Authorized Line of Credit Limit increase, subject to the limits and conditions of the prior certificate. Prior Coverage Recognition is available when only one individual has applied for Line of Credit insurance on a Refinance.

Prior Coverage Recognition will only be applicable when We receive confirmation from You in writing of Our offer to maintain existing insurance coverage.

If You do not accept Our offer to maintain existing insurance coverage, We will issue coverage to the Guaranteed Maximum Insurance Amount which may have different rates.

Claim payments will be calculated on the insurance coverage issued as a result of the Prior Coverage Recognition Offer.

**Prior Coverage Recognition Example –
(Applicable for Single Applicant Coverage Only)**

You have an existing Insured Line of Credit of \$100,000. Your Authorized Line of Credit Limit has increased to \$150,000 and You have chosen to apply for life, critical illness, and disability insurance.

Coverage type	Life Insurance / Critical Illness Insurance / Disability Insurance Coverage issued
Original Line of Credit Amount:	\$100,000
Authorized Line of Credit Limit Increase by Group Policyholder to \$150,000	Application for insurance to be processed
Application for Insurance Coverage Declined on Line of Credit Increase (\$150,000)	Offer made to maintain existing insurance coverage amount. All terms and conditions of prior coverage apply.
Offer Accepted	Coverage = \$100,000
Offer Not Accepted	Coverage = \$50,000 (the guaranteed maximum insurance amount). Premium rates subject to change.

Refinancing Your Line of Credit While on Disability

If You are receiving disability insurance benefits and You Refinance Your Line of Credit, You may apply for disability insurance coverage on Your new Line of Credit amount.

If Your application for disability insurance coverage on the new Line of Credit amount is declined, as long as You are Totally Disabled, We will continue to pay disability insurance benefits to the extent of coverage under Your previous Certificate of Insurance, and disability insurance coverage remains in force.

However, Your disability benefit will not exceed:

- 3% of Your new insured disability coverage amount; or
- The amount specified under the Maximum Monthly Benefit Payable.

Continuation of claim payments from a prior Certificate does not apply if You are transferring Your Line of Credit to another financial institution or to a different Creditor's Group Insurance product issued by CUMIS Life.

IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OR REDUCTION IN COVERAGE

CAUTION

EXCLUSIONS RELATED TO A PRE-EXISTING CONDITION - ALL COVERAGES

The exclusion related to a Pre-Existing Condition applies only if Your Insured Line of Credit is equal to or less than \$50,000

- we will not pay any insurance benefits or refund Your monthly Premium if Your death, Total Disability or critical illness results directly or indirectly from, or is in any way related to, a Pre-Existing Condition.
- This means that, if You had symptoms or were treated for a medical condition in the 12 months before Your insurance coverage began, We will not pay any insurance benefits if Your death, critical illness or Total Disability occurs within 12 months after Your insurance coverage began.

EXCLUSIONS RELATED TO LIFE INSURANCE

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 Product Guide and Certificate of Insurance.

EXCLUSIONS RELATED TO CRITICAL ILLNESS INSURANCE:

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; or
- Your Diagnosis is specifically listed under CAUTION in the definition of Heart Attack, Stroke and Cancer;
- 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 in the Product Guide and Certificate of Insurance.
- Cancer within 90 days :

If You are Diagnosed with Cancer within 90 days following the Effective Date of Insurance, We will not pay a critical illness insurance benefit. If this happens, We will cancel Your critical illness insurance coverage and provide a full refund of any Premium paid.

PRE-EXISTING CANCER EXCLUSION

The following exclusion specifically related to Cancer applies only if Your Insured Line of Credit is equal to or less than \$50,000:

We will not pay a critical illness insurance benefit for a Diagnosis of Cancer if You had "any cancer" at any time before the Effective Date of Insurance.

This means that, if at any time prior to the Effective Date of Insurance:

- You were Diagnosed with "any cancer"; or
- If You were not yet Diagnosed with "any cancer", but:
 - a) You had apparent signs or symptoms of "any cancer"; or
 - b) You sought or received, or a prudent person would have sought or received, Medical Advice or Treatment relating to the apparent signs or symptoms of "any cancer";

Then We will not pay a critical illness insurance benefit for:

- Your Diagnosis of a "covered cancer";
- Any recurrence of that "covered cancer"; or
- Any future Diagnosis of any other "covered cancer".

For the purposes of this pre-existing Cancer exclusion:

- "Any cancer" means any form of Cancer (that is, not just a form of cancer covered by the critical illness insurance described in this guide).
- "Covered cancer" means a form of Cancer covered by the critical illness insurance described in this guide, subject to this pre-existing cancer exclusion.
- "Non-covered cancer" means a form of cancer that is not covered by the critical illness insurance described in this guide.

EXCLUSIONS RELATED TO DISABILITY INSURANCE

The disability insurance benefit will not be payable if Your Total Disability:

- Began prior to the Effective Date of Insurance;
 - Is related to any offers for disability insurance with exclusions accepted by You in writing;
 - 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;
 - Where applicable under the Group Policy (and then as indicated on Your Insurance Enrolment), results from a work-related injury or industrial disease which entitles You to apply for and receive compensation for lost wages under workers compensation, workplace health and safety or similar legislation;
 - 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.
- 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.

V. CANCELLATION AND END OF INSURANCE

A. HOW TO CANCEL THIS INSURANCE

The CUMIS Monthly Premium Creditor's Group Insurance for Line of Credit is optional and You can cancel it at any time.

In Quebec, an Act respecting the distribution of financial products and services allows You to cancel Your insurance contract within 10 days of its signature. In the case of this insurance coverage, You have the right to cancel within **30 days** of the Effective Date of Insurance and receive a full refund of any premium paid.

To cancel Your insurance, please contact the Group Policyholder Contact shown on Your Insurance Enrolment.

Please also see the "Notice of cancellation of an insurance contract" at the end of this distribution guide.

In the case of more than one Insured both must sign the request to cancel even if the request is to cancel insurance for only one of the Borrowers.

B. END OF INSURANCE COVERAGE

All insurance coverages, that is, life insurance, disability insurance and/or critical illness insurance coverage, for which You have enrolled, will end on the earliest of the following:

- The date You reach **75 years old**;
- The expiry of insurance, as shown on Your Insurance Enrolment;
- The date We receive Your written cancellation request, or, where insurance coverage is provided for more than one person, the date We receive a written cancellation request from all Insureds;
- The date You close Your Insured Line of Credit;
- The date You are released, by operation of law, from Your legal obligation to repay Your Insured Line of Credit (whether upon discharge from bankruptcy or otherwise);
- The date You transfer or assign Your Insured Line of Credit to a creditor other than the Group Policyholder;
- The date Your insurance Premium is more than 75 days in arrears;
- The date We pay a living benefit under the Product Guide and Certificate of Insurance;
- The date the Group Policy is terminated in accordance with its terms; and
- The date of Your death.

CAUTION

If more than one applicant has been issued the same type of insurance coverage, as shown on Your Insurance Enrolment, insurance may end for one applicant as described under this general heading. Insurance coverage which We have issued for other applicants on the same enrolment may continue, subject to the terms and conditions contained in the Product Guide and Certificate of Insurance.

CAUTION

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.

VI. PROOF OF LOSS OR CLAIM

In the event of a claim, please contact Us as soon as possible at 1-800-263-9120. You must provide Us with notice and proof of Your claim within the time limits specified in the Product Guide and Certificate of Insurance. 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 or by contacting Us directly for assistance.

For additional information, please contact:

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

Telephone: 1.800.263.9120
Fax: 1.800.897.7065
Confidential email: claims.centre@cumis.com

A. SUBMISSION OF A CLAIM

LIFE INSURANCE

To make a life insurance claim, the Group Policyholder is the first point of contact for Your next of kin or Your estate representative. The Group Policyholder has access to the required claim forms, will assist in completing those forms and will know what supporting Line of Credit information We require. Once completed, the Group Policyholder will submit the necessary documents to Us and initiate the claim.

We will coordinate obtaining the required information with the Group Policyholder and Your estate representative. 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 Us or the Group Policyholder 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, CRITICAL ILLNESS OR DISABILITY

To make a living benefit, critical illness or disability insurance claim, contact CUMIS at 1-800-263-9120.

When You make the initial call, We will start by asking You for information so We can identify You and Your Line of Credit. 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 Line of Credit 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 Product Guide and Certificate of Insurance. If We decline Your claim, We will provide You with reasons.

CAUTION

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 or You first became Totally Disabled).

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.

Contestability Period

If You make a claim for insurance benefits within the first two years of coverage, We will review the information You provided in Your Insurance Enrolment to confirm that it is correct and complete. We will determine whether or not material misrepresentation is applicable.

Except if You misstate Your age or smoking status on Your Insurance Enrolment, once Your insurance has been in force for more than two years, We will generally only review Your information if there is evidence of fraud. This two-year period is sometimes referred to as the Contestability Period and is a concept set out in provincial insurance legislation.

B. INSURER'S REPLY

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

- pay the benefits provided for under the Product Guide and Certificate of Insurance;
or
- inform You in writing of the reasons why We believe that no benefits are payable.

Benefits will be paid to the Group Policyholder and will be used to reduce or pay off Your Line of Credit.

C. 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 designated OmbudService.

In the event of a disagreement between You and Us or the distributor, You may consult the Autorité des marchés financiers or Your own legal advisors.

D. OTHER INFORMATION

Important Time Limits for Taking Legal Action

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.

Simultaneous Claims

LIFE, CRITICAL ILLNESS AND LIVING BENEFIT

If more than one Insured's death 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 Product Guide and Certificate of Insurance will be terminated. Payment of benefits will be limited to the Percentage of Coverage calculated for that benefit. In no circumstances will We pay more than the Outstanding Balance on Your Line of Credit; nor will the benefit payable exceed the Maximum Insurance Available.

DISABILITY

If more than one Insured has a Total Disability insurance claim at the same time, under the same Line of Credit, only one benefit will be paid at a time, regardless of the number of individuals insured on the Line of Credit. The benefit paid will be limited to the Maximum Benefit Period Per Occurrence and the Maximum Monthly Benefit Payable.

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.

Other Information

For additional information on this product, please contact CUMIS at 1.800.263.9120.

VII. 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.

VIII. 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

IX. CONFIDENTIALITY

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. 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 or write to Us at CUMIS Life Insurance Company (Attention: Privacy Officer), P.O. Box 5065, 151 North Service Road, Burlington, Ontario, L7R 4C2

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 as of the Effective Date 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: _____
(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.

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.

NOTICE OF SPECIFIC CONSENT

YOU ARE FREE TO GRANT OR REFUSE THIS CONSENT

Sections 92 and 437 of the Act respecting the distribution of financial products and services

WHAT YOU MUST KNOW

- At this date, We hold certain information relating to you.
- We require Your consent to allow some of Our clerks to have access to this information.
- These clerks will also have access to any update of the information done during the period of validity of the consent.
- These clerks will use the information available in order to solicit You for the purchase of new financial products and services.

YOU ARE FREE TO SET THE PERIOD OF VALIDITY OF YOUR CONSENT

- If You grant consent for an undetermined period of time, You may at any time terminate it by revoking it. At the end of this form, You will find a revocation notice model that You may use for this purpose or as a basis for preparing Your own notice.
- If You wish to grant consent for a limited period of time, You may do so by determining this period yourself. This form provides, in the "specific consent" section, a place where You may write down the period of validity desired.

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

Without this specific consent, the distributor may not use this information for a purpose other than the purpose for which it was collected. **The distributor cannot compel You to give Your consent or refuse to do business with You if You refuse to give it. Section 94 of the Act protects you.** For further information, please contact the Autorité des marchés financiers at (418) 525-0337 or 1-877-525-0337.

The information We hold pertaining to you, at this date, was collected as part of:

(purpose(s) of the file)

Here are the required categories of information that We would like one of Our clerks to use and the products and services he may offer you. For a fuller description of each category, you may refer to the back of this sheet.

Please authorize each category of information requested.

Required information category to be accessed ⁽¹⁾	For which products or services? ⁽²⁾	Client's Authorization ⁽³⁾		Initials ⁽⁴⁾
To be filled out by distributor	To be filled out by distributor	£ yes	£ no	
		£ yes	£ no	
		£ yes	£ no	
		£ yes	£ no	
		£ yes	£ no	
		£ yes	£ no	

Instructions for the distributor (duplication not required):

1. The distributor must describe each category on the reverse side of this sheet.
2. The distributor must specify the nature of the products and services it wishes to offer the client. Each information category must be associated with a specific purpose. Where a category serves several purposes, the distributor must repeat it for each purpose.
3. The client may give his or her authorization by telephone, provided both parties can identify each other. In such case, this form shall serve as a script for the officer, who will also read the detailed description of each category to the client. The distributor must fill out this form and send it to the client within ten (10) days of obtaining the verbal consent.
4. If in electronic form, the initials may be replaced by a confirmation window. However, the notice of consent must be made available to the client by any means allowing the reading or printing thereof.

In accordance with the Act respecting the protection of personal information in the private sector, **You may request access to the information that We hold pertaining to you.**

SPECIFIC CONSENT

Having read the above, I, the undersigned,

_____ , consent to the use of the information held by the

(Name of client)

distributor for the purposes indicated above.

This authorization will be valid until revoked or for the following period:

DD/MM/YY (to be filled out by the client)

I may revoke this consent at any time by sending a notice. I may use the attached model notice for this purpose or as a basis for preparing my own notice.

(signature of client)

(date of signature of the consent)

(client identification, address, folio or contract no., etc.)
.....

I HEREBY REVOKE THE SPECIFIC CONSENT GIVEN TO THE DISTRIBUTOR BY THE FOLLOWING NOTICE

To:

(name of distributor)

(address of distributor)

On:

I, the undersigned, _____ hereby notify You that I am
(name of client)

canceling the specific consent authorizing the communication of my personal information for new purposes.

Consent given to You on: _____
(date of consent)

(name of client)

(signature of client)

(client identification, address, folio or contract no., etc.)

GUIDE DE DISTRIBUTION

Nom du produit d'assurance

Assurance collective des créanciers (à prime mensuelle)
pour marge de crédit

Type de produit d'assurance

Assurance en cas de décès, d'invalidité et de maladie grave,
pour votre marge de crédit

Coordonnées de l'assureur :

La Compagnie d'assurance-vie CUMIS
151 North Service Road, C.P. 5065
Burlington, Ontario
L7R 4C2
Téléphone : 1-800-263-9120
Télécopieur : 1-800-897-7065

Coordonnées du distributeur :

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

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

I. DÉFINITIONS.....	3
II. INTRODUCTION	10
III. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT.....	10
A. Nature de la garantie.....	10
B. Résumé des conditions particulières	10
Critères d'admissibilité.....	10
Montant d'assurance maximal garanti	11
Questionnaire sur l'état de santé	11
Critères d'admissibilité spécifiques à chaque garantie	12
Début de l'assurance	12
Coût de l'assurance	13
Montant des prestations d'assurance	14
Quand le versement des prestations d'invalidité débute-t-il ?	17
Quand le versement des prestations d'invalidité prend-il fin ?.....	17
Refinancement de votre marge de crédit	18
IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE L'ASSURANCE	20
V. ANNULATION ET FIN DE L'ASSURANCE	23
A. Comment annuler cette assurance	23
B. Fin de l'assurance	23
VI. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE RÈGLEMENT	24
A. Présentation d'une demande de règlement	24
B. Réponse de l'assureur	26
C. Appel d'une décision de l'assureur et recours	26
D. Autres renseignements	26
VII. PRODUITS SIMILAIRES	27
VIII. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS	28
IX. CONFIDENTIALITÉ.....	28

I. DÉFINITIONS

Les mots définis dans ce guide de distribution sont indiqués en italique. Vous trouverez leur définition ci-dessous. Faites particulièrement attention à ces définitions car l'assureur a donné un sens très spécifique à ces termes.

Accident :	<p>S'entend d'un incident violent et de source externe qui se produit soudainement, de façon involontaire et imprévisible, et qui cause des lésions corporelles directement et indépendamment de toute autre cause. Un accident n'est ni une maladie ni une affection ni un état de santé naturel, quel qu'il soit.</p>
Accident vasculaire cérébral :	<p>Signifie la mort irréversible du tissu cérébral par suite :</p> <ul style="list-style-type: none">• d'une hémorragie cérébrale;• d'une embolie cérébrale;• d'une thrombose cérébrale; ou• d'une hémorragie sous-arachnoïdienne. <p>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.</p> <p>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).</p> <p style="text-align: center;">MISE EN GARDE</p> <p>L'accident vasculaire cérébral n'englobe pas les affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un accident ischémique transitoire (AIT);• Un déficit neurologique ischémique réversible;• Des lésions cérébrales causées par un accident, une blessure, une infection, une vascularite, 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.
Activement au travail :	<p>Signifie que vous exercez un emploi contre rémunération ou profit et étiez capable de remplir l'essentiel des principales fonctions liées à cet emploi au moins 20 heures par semaine durant chacune des deux semaines consécutives précédant immédiatement la date d'effet de l'assurance ou la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion, ou sinon, à tout moment après la date d'effet de l'assurance ou la date de la demande d'assurance et avant la date de l'invalidité totale.</p>

Activités habituelles de la vie quotidienne :	Signifie la capacité de subvenir à ses besoins de base : se laver, s'habiller, se servir des toilettes, manger, se déplacer (marcher) et la continence.
Assuré :	S'entend d'une personne, vous compris, qui remplit tous les critères d'admissibilité et souscrit un ou plusieurs types d'assurance en vertu du contrat collectif.
Assureur :	Signifie La Compagnie d'assurance-vie CUMIS
Cancer :	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La leucémie; • Le lymphome; • La maladie de Hodgkin; et • Les métastases. <p style="text-align: center;">MISE EN GARDE</p> <p>Les cancers suivants sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; <p>Un microcarcinome thyroïdien inférieur à un cm de diamètre.</p>
Chèques en circulation :	S'entend de tous les chèques que vous avez rédigés ou de tous les débits que vous avez autorisés sur votre marge de crédit avant la date de votre décès, invalidité totale, diagnostic de maladie grave ou de maladie en phase terminale, et qui sont traités dans les 15 jours suivant cette date, jusqu'à concurrence d'un total cumulatif de 5 000 \$.
Conseils ou soins médicaux :	Signifie une consultation auprès de tout médecin détenant un permis d'exercice ou de tout professionnel de la santé agréé. Cela comprend notamment les soins médicaux ou paramédicaux, les examens exploratoires, l'usage de comprimés ou de tout médicament d'ordonnance, ou les injections reçues pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une demande de règlement.

Contrat collectif :	S'entend du contrat d'assurance collective des créanciers émis par CUMIS-Vie au titulaire du contrat collectif et par lequel les assurances vie, invalidité et (ou) maladie grave perte sont offertes à toutes les personnes admissibles qui décident d'y adhérer et paient la prime exigible.
Crise cardiaque :	<p>Signifie 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des symptômes de crise cardiaque; • de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) révélatrices d'une crise cardiaque; ou • l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une angiographie coronarienne ou une angioplastie coronarienne. <p style="text-align: center;">MISE EN GARDE</p> <p>La crise cardiaque n'englobe pas ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 énoncée précédemment.
Date d'effet de l'assurance :	S'entend de la date d'effet de l'assurance ou de la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion, ou, la date à laquelle nous vous avons avisé par écrit de l'établissement de votre protection d'assurance, selon la plus tardive de ces dates.
Date de la demande d'assurance :	Correspond à la date à laquelle vous avez présenté une demande pour chaque type d'assurance, tel qu'indiqué dans votre fiche d'adhésion, si la limite autorisée de votre marge de crédit est plus élevée que 50 000 \$.
Date du diagnostic :	S'entend de la date à laquelle un diagnostic final est posé une fois les tests complétés 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 affection donnée.

Délai de carence :	<p>Signifie la période d'attente calculée en nombre de jours consécutifs à partir de la date de votre invalidité totale; il peut être <u>non rétroactif</u> ou <u>rétroactif</u>. Nous commençons à verser des prestations à l'expiration du délai de carence.</p> <p>a) <u>Délai de carence non rétroactif</u> signifie que nous ne versons pas de prestations rétroactivement au début de votre invalidité totale.</p> <p>b) <u>Délai de carence rétroactif</u> signifie que nous versons des prestations rétroactivement au début de votre invalidité totale.</p> <p>Le délai de carence pour cette assurance est de 30 jours non-rétroactif.</p>
Délai de grâce :	S'entend du laps de temps au cours duquel votre prime est impayée à la date d'échéance de la prime et au-delà de cette date.
Diagnostic ou diagnostiqué :	Signifie un diagnostic définitif lié à un problème de santé, émis par écrit par un médecin détenant un permis d'exercice et habilité à poser ce genre de diagnostic.
Entreprise :	S'entend d'une entreprise individuelle, d'un partenariat, d'une corporation ou de toute autre entité exploitant une entreprise ou une ferme ayant contracté une dette envers le titulaire du contrat collectif sous forme de marge de crédit.
État de santé antérieur :	Désigne toute affection, maladie, blessure corporelle, état de santé ou symptôme (qu'un diagnostic ait été posé ou non) pour lequel vous-même ou toute personne prudente aurait cherché à recevoir ou reçu des conseils ou soins médicaux au cours des 12 mois précédant immédiatement la date d'effet de l'assurance.
Fiche d'adhésion :	S'entend du formulaire que vous remplissez et signez pour souscrire un ou plusieurs types d'assurance en vertu du contrat collectif.
Guide de produit et certificat d'assurance :	S'entend du document que vous recevez lorsque que vous adhérez à cette assurance, qui confirme les termes, les conditions et le montant de votre protection d'assurance.
Intérêts courus :	S'entend des intérêts sur le solde impayé de votre marge de crédit assurée à compter de la date de votre dernier versement, tel que déterminé 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 payable; ces intérêts ne doivent pas courir plus de 180 jours.
Intérêt sur le montant du règlement :	S'entend des intérêts sur le solde impayé de votre marge 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 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 payable; ces intérêts ne doivent pas courir plus de 90 jours.

<p>Invalidité totale / totalement invalide :</p>	<p>L'invalidité est un handicap physique résultant d'une blessure ou d'une maladie qui vous empêche d'accomplir les fonctions habituelles de votre profession principale pendant les 12 premiers mois de l'invalidité et, après ces 12 premiers mois, vous empêche d'accomplir les fonctions de n'importe quel emploi.</p> <p>Si vous occupez un emploi ou que vous êtes un travailleur saisonnier à la date où vous devenez totalement invalide, les expressions totalement invalide et invalidité totale signifient alors que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous êtes incapable d'accomplir l'essentiel des principales fonctions de votre profession principale; et • vous recevez des soins médicaux appropriés. <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vous êtes totalement et continuellement incapable d'exercer les activités habituelles de la vie quotidienne; et • vous recevez les soins médicaux appropriés.
<p>Limite autorisée de votre marge de crédit :</p>	<p>S'entend du maximum de fonds que vous pouvez emprunter sur votre marge de crédit, tel qu'autorisé et approuvé par le titulaire du contrat collectif, le jour où vous faites une demande d'assurance.</p> <p>Si la limite autorisée de votre marge de crédit est supérieure à 1 000 000 \$ (le montant d'assurance maximale offerte), votre marge de crédit assurée sera plafonnée à 1 000 000 \$. Ce montant d'assurance plafonné sera utilisé pour calculer la prime et verser les prestations au moment d'un règlement de sinistre.</p>
<p>Maladie en phase terminale :</p>	<p>Signifie que votre espérance de vie est de 12 mois tout au plus, tel que diagnostiqué par un médecin détenant un permis d'exercice, et que nous jugeons apte à poser un tel diagnostic.</p>
<p>Marge de crédit :</p>	<p>S'entend de la marge de crédit que le titulaire du contrat collectif vous a consentie, à compter de la date d'effet de l'assurance ou de la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion, et qui vous permet d'emprunter des fonds jusqu'à concurrence de la limite autorisée de votre marge de crédit, d'effectuer des remboursements de tout montant en tout temps et d'obtenir un nombre indéfini de nouvelles avances, pour autant que vous ne dépassiez pas la limite autorisée de votre marge de crédit.</p>
<p>Marge de crédit assurée :</p>	<p>S'entend du montant de marge de crédit pour lequel nous vous avons consenti une protection d'assurance et pour lequel vous versez la prime mensuelle. Le montant de la protection d'assurance de votre marge de crédit peut être inférieur à la limite autorisée de votre marge de crédit.</p>

Médecin détenant un permis d'exercice / médecin :	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.
Montant d'assurance maximale offerte :	Signifie 1 000 000 \$, le montant maximal d'assurance vie et d'assurance maladie grave que nous approuvons sur toute marge de crédit.
Nous, notre et nos:	Signifie La Compagnie d'assurance-vie CUMIS.
Période de prestation maximale par sinistre :	Signifie 60 mois, le nombre total de mois durant lesquels nous versons des prestations d'assurance invalidité relativement à une seule et même demande de règlement, tel qu'indiqué dans votre fiche d'adhésion.
Prestation cumulative maximale payable :	Signifie le montant maximal total des prestations d'assurance invalidité que nous payons sur toute marge de crédit, tel qu'indiqué dans votre fiche d'adhésion. La prestation cumulative maximale payable pour cette assurance est de 180 000 \$. Si le montant de votre assurance vie ou, s'il y a lieu, le montant de votre assurance maladie grave est inférieur à la prestation cumulative maximale payable, le montant de vos prestations d'invalidité se limitera au montant de votre assurance vie ou maladie grave.
Prestation mensuelle maximale payable :	Signifie 3 000 \$, le montant maximal mensuel de protection d'assurance invalidité que nous payons sur toute marge de crédit, tel qu'indiqué dans votre fiche d'adhésion.
Professionnel de la santé :	S'entend d'une personne qui est légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, tels que définis par la Loi canadienne sur la santé.
Profession principale :	S'entend de l'emploi duquel vous tiriez au moins 75 % de votre rémunération brute pendant les 12 mois précédant immédiatement la date de votre invalidité totale.
Soins médicaux appropriés :	Signifie que vous êtes sous traitement médical. Cela comprend notamment le fait de prendre des comprimés ou tout médicament d'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 règlement. Selon notre évaluation, le traitement doit être suffisamment efficace pour vous permettre de 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 :	S'entend du solde en souffrance de votre marge de crédit, tel que calculé par le titulaire du contrat collectif, et suivant lequel la prime mensuelle exigible est calculée.

Spécialiste :	S'entend d'un médecin détenant un permis d'exercice ayant été formé dans le domaine particulier de la médecine se rapportant à la maladie grave assurée pour laquelle une demande de règlement 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 détenant un permis d'exercice 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 étiez sain d'esprit ou non, dans les deux années suivant la date d'effet de l'assurance.
Titulaire du contrat collectif :	S'entend du titulaire du contrat collectif dont le nom figure dans votre fiche d'adhésion.
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.
Vous, votre, vos et vous-même :	Signifie toute personne : <ul style="list-style-type: none"> a) qui est admissible à l'assurance au titre du contrat collectif, soit une personne physique qui a contracté une marge de crédit auprès du titulaire du contrat collectif : <ul style="list-style-type: none"> • dont elle est responsable et a l'obligation légale de rembourser, en tout ou en partie, soit en tant qu'emprunteur, coemprunteur, cosignataire, garant ou endosseur; ou • dans le cas d'une entreprise, a l'obligation légale de rembourser la marge de crédit 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; b) dont le nom figure dans la fiche d'adhésion et qui a souscrit un ou plusieurs types d'assurance en vertu du contrat collectif ; c) pour qui nous avons reçu la prime; et d) à qui nous avons émis un guide de produit et certificat d'assurance.

II. INTRODUCTION

Ce guide de distribution vous donne une description du régime d'assurance collective des créanciers (à prime mensuelle) pour marge 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. Ce guide de distribution a été conçu pour vous permettre de déterminer si ce produit d'assurance convient à vos besoins.

Si vous adhérez à cette assurance, vous recevrez un guide de produit et certificat d'assurance qui confirme les termes, les conditions et le montant de votre protection d'assurance.

III. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

A. NATURE DE LA GARANTIE

L'assurance collective des créanciers (à prime mensuelle) pour marge de crédit de CUMIS est un produit d'assurance facultatif qui procure une sécurité financière lorsque vous éprouvez des difficultés financières dues à certains événements de la vie. Les garanties offertes sont :

- **Assurance vie** : rembourse ou réduit le solde impayé de votre marge de crédit assurée si vous décédez, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$.
- **Prestation du vivant** : rembourse ou réduit le solde impayé de votre marge de crédit assurée en cas de maladie en phase terminale, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$. Cette garantie vous est automatiquement offerte lorsque nous vous accordons une assurance vie.
- **Assurance maladie grave** : rembourse ou réduit le solde impayé de votre marge de crédit assurée si vous recevez un diagnostic de maladie grave assurée, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$.

Les maladies graves couvertes par cette assurance sont :

- crise cardiaque;
 - cancer;
 - accident vasculaire cérébral.
- **Assurance invalidité** : prévoit le versement mensuel de prestations d'invalidité équivalant à 3 % du solde impayé de votre marge de crédit assurée si vous devenez totalement invalide, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par mois.

B. RÉSUMÉ DES CONDITIONS PARTICULIÈRES

Critères d'admissibilité

Vous pouvez souscrire les assurances vie, invalidité et maladie grave pour votre marge de crédit si, à la date d'effet de l'assurance ou à la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion :

- vous êtes résident canadien (vivant au Canada au moins six mois par année);
- vous avez l'obligation légale de rembourser votre marge de crédit au titulaire du contrat collectif, soit en tant qu'emprunteur, coemprunteur, cosignataire, garant ou endosseur;

- vous avez l'obligation légale de rembourser votre marge de crédit 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; et
- vous n'avez pas présenté de demande de règlement de la prestation du vivant en vertu d'un quelconque contrat d'assurance collective des créanciers ou d'un certificat d'assurance que nous avons émis.

Montant d'assurance maximal garanti

Le montant d'assurance maximal garanti est de **50 000 \$**. Cela signifie que votre demande d'assurance sera automatiquement approuvée si le montant de votre marge de crédit est de **50 000 \$ ou moins** et que vous répondez à tous les critères d'admissibilité au moment de remplir votre fiche d'adhésion.

Une protection d'assurance pour toute augmentation subséquente de votre marge de crédit, jusqu'à concurrence du montant d'assurance maximal garanti de 50 000 \$, sera également émise automatiquement.

MISE EN GARDE

Nous devons approuver par écrit toute protection d'assurance supérieure au montant d'assurance maximal garanti.

Si nous ne vous accordons pas une protection au-delà de 50 000 \$, votre protection d'assurance sera établie à 50 000 \$. Nous vous aviserons par écrit de cet ajustement du montant. La prime d'assurance pourrait différer en conséquence. Dans un tel cas, la prestation d'assurance invalidité mensuelle maximale et la prestation cumulative maximale payable seront réduites afin d'équivaloir au montant d'assurance invalidité que nous avons établi.

Le montant d'assurance maximal garanti est disponible uniquement au moment où l'assurance est établie.

Questionnaire sur l'état de santé

Pour tout montant de marge de crédit supérieur à 50 000 \$, vous devez compléter un questionnaire sur l'état de santé inclus dans la fiche d'adhésion. Ce sont vos réponses à ces questions qui nous permettent d'évaluer votre admissibilité à l'assurance que vous désirez souscrire.

Votre assurance pourrait être automatiquement approuvée si :

- le montant de la marge de crédit est **entre 50 000 \$ et 300 000 \$**; et
- vous répondez **non** à toutes les questions du questionnaire sur l'état de santé inclus dans la fiche d'adhésion.

Vous devez répondre à un questionnaire supplémentaire sur l'état de santé et remplir toutes autres exigences médicales requises par CUMIS, si :

- vous répondez **oui** à l'une des questions du questionnaire sur l'état de santé inclus dans la fiche d'adhésion; ou
- le montant de la marge de crédit **excède 300 000 \$**.

Critères d'admissibilité spécifiques à chaque garantie

ASSURANCE VIE

Vous pouvez souscrire une assurance vie pour votre marge de crédit si, à compter de la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion :

- § Vous êtes âgé de **16 ans ou plus**; et
- § Vous êtes âgé de **moins de 70 ans**.

Si nous vous accordons une assurance vie, vous avez automatiquement droit à la garantie **Prestation du vivant**.

ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Vous pouvez souscrire une assurance maladie grave pour votre marge de crédit si, à compter de la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion :

- § Vous avez également adhéré à l'assurance vie;
- § Vous êtes âgé de **16 ans ou plus**; et
- § Vous êtes âgé de **moins de 60 ans**.

Vous n'êtes **pas admissible** si vous avez reçu une prestation relative à une assurance en cas de maladie grave en vertu de tout autre certificat d'assurance que nous avons émis.

Le montant de protection de l'assurance maladie grave que vous souscrivez doit équivaloir au montant d'assurance vie que vous souscrivez.

ASSURANCE INVALIDITÉ

Vous pouvez souscrire une assurance invalidité si, à compter de la date de la demande d'assurance indiquée dans votre fiche d'adhésion :

- § Vous avez également adhéré à l'assurance vie;
- § Vous êtes âgé de **16 ans ou plus**;
- § Vous êtes âgé de **moins de 70 ans**.

MISE EN GARDE

Dès que nous avons complété l'étude de votre admissibilité à l'assurance, nous vous écrivons pour vous informer si nous avons accepté ou refusé votre demande d'assurance.

Début de l'assurance

La date d'effet de l'assurance collective des créanciers (à prime mensuelle) pour marge de crédit correspond à la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'effet de l'assurance ou la date de la demande d'assurance telle qu'indiquée dans votre fiche d'adhésion à l'assurance; ou
- la date de l'avis d'approbation de votre certificat d'assurance collective des créanciers (à prime mensuelle) pour marge de crédit.

Vous recevrez une confirmation de votre protection d'assurance.

Si vous désirez souscrire des garanties complémentaires auxquelles vous aviez renoncé antérieurement ou effectuer tout changement à votre protection existante, vous pouvez contacter le titulaire du contrat collectif pour plus de renseignements.

Coût de l'assurance

La prime

La prime correspond à la prime totale exigible pour toutes les protections d'assurance que vous avez souscrites et que nous vous avons consenties. La prime correspond au coût de votre assurance.

Votre prime d'assurance mensuelle est calculée selon votre âge atteint à la fin de chaque période de facturation et le solde assuré de votre marge de crédit du mois précédent, tel que calculé par le titulaire du contrat collectif. Votre prime d'assurance est calculée pour chaque type de protection que vous souscrivez et que nous vous consentons.

Si la limite autorisée de votre marge de crédit est supérieure au montant d'assurance que nous vous avons consenti, votre prime mensuelle sera calculée selon le montant consenti.

Versements de la prime

Chaque mois, vous devez acquitter votre prime d'assurance, taxes applicables en sus, auprès de CUMIS-Vie, à partir du compte bancaire que vous avez indiqué, conformément aux modalités indiquées dans votre fiche d'adhésion. Si le solde assuré moyen de votre marge de crédit est à zéro au cours d'un mois donné, aucune prime ne sera prélevée.

Versements de prime manqués et délai de grâce

Pour que votre assurance demeure en vigueur, votre prime doit être acquittée à son échéance.

Délai de grâce

Si votre prime est impayée à la date d'échéance de la prime et au-delà de cette date, votre assurance demeure en vigueur pendant un délai de grâce de 75 jours. Après ce temps, votre assurance tombe en déchéance (prend fin automatiquement) et vous n'avez plus de protection d'assurance en vertu du guide de produit et certificat d'assurance.

Le délai de grâce ne s'applique pas si CUMIS ou le titulaire du contrat collectif met fin au contrat d'assurance.

Rabais de prime pour assurés multiples

Un rabais de prime s'applique lorsque plus d'un assuré a obtenu une protection pour le même type d'assurance à l'égard de la marge de crédit.

La prime est calculée pour chaque assuré et additionnée. Le rabais s'applique sur la prime totale et est ajusté selon le nombre d'assurés détenant le même type de garantie.

Modification du taux de prime

Conformément aux modalités du contrat collectif, nous pouvons modifier les taux de prime moyennant un avis écrit au titulaire du contrat collectif. Un avis écrit vous sera également envoyé par la poste ordinaire à l'adresse apparaissant au 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 la protection d'assurance prévue par le contrat collectif, le taux de prime ne sera pas modifié plus d'une fois par période de douze (12) mois.

Devise

Tous les montants payables que nous versons ou qui nous sont versés sont en devise canadienne.

Déclaration inexacte / fausse déclaration

Il y a déclaration inexacte lorsque vous ne répondez pas correctement et entièrement aux questions médicales, sur le tabagisme ou autres questions obligatoires (c'est-à-dire, si vous communiquez de l'information ou si vous donnez des renseignements inexacts lors votre adhésion à l'assurance ou d'une demande de règlement) et que nous vous offrons une protection d'assurance que nous ne vous aurions pas consentie si vous aviez répondu correctement et entièrement aux questions.

Si vous faites une fausse déclaration relative à des renseignements importants pour votre assurance, votre assurance sera considérée nulle et non avenue comme si elle n'avait jamais été en vigueur. En cas de déclaration inexacte, nous refuserons de vous fournir une protection d'assurance, rejetterons toute demande de règlement en souffrance et, sauf en cas de fraude, vous rembourserons votre prime, moins nos frais administratifs d'usage.

Montant des prestations d'assurance

ASSURANCE VIE :

Si vous décédez par suite d'un accident

Si vous décédez par suite d'un accident, nous verserons une prestation d'assurance vie équivalant au solde impayé de votre marge de crédit assurée à la date de votre décès, tel que calculé par le titulaire du contrat collectif.

Si vous décédez de toute autre cause

Si vous décédez de toute autre cause qu'un accident, nous verserons une prestation d'assurance vie équivalant au moins élevé des montants suivants, tels que calculés par le titulaire du contrat collectif :

- le solde impayé de votre marge de crédit assurée à la date de votre décès; ou
- 110 % du solde impayé mensuel moyen de votre marge de crédit assurée pendant la période de 12 mois précédant la date de votre décès.

Nous payons également les intérêts courus sur l'un ou l'autre des montants ci-dessus, ainsi que les chèques en circulation et les intérêts sur le montant du règlement.

La prestation payable ne peut pas dépasser le montant de protection d'assurance que nous vous avons consenti. Le montant maximum payable est de **1 000 000 \$**.

PRESTATION DU VIVANT

Si vous recevez un diagnostic de maladie en phase terminale, nous rembourserons une prestation du vivant équivalant au moins élevé des montants suivants à votre date de diagnostic, tels que calculés par le titulaire du contrat collectif :

- le solde impayé de votre marge de crédit assurée à la date de votre diagnostic de maladie en phase terminale; ou
- 110 % du solde impayé mensuel moyen de votre marge de crédit assurée au cours de la période de 12 mois précédant la date de diagnostic de maladie en phase terminale.

Nous payons également les intérêts courus sur l'un ou l'autre des montants ci-dessus, les chèques en circulation et les intérêts sur le montant du règlement.

Le montant de prestation du vivant payable ne peut pas dépasser le montant de protection d'assurance vie que nous vous avons consenti. Le montant maximum payable est de **1 000 000 \$**.

PRESTATION D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Si vous recevez un diagnostic de maladie grave, nous verserons une prestation d'assurance équivalant au moins élevé des montants suivants, tels que calculés par le titulaire du contrat collectif :

- le solde impayé de votre marge de crédit assurée à la date du diagnostic de votre maladie grave; ou
- 110 % du solde impayé mensuel moyen de votre marge de crédit assurée au cours de la période de 12 mois précédant la date du diagnostic de votre maladie grave.

Nous payons également les intérêts courus sur l'un ou l'autre des montants ci-dessus, ainsi que les chèques en circulation et les intérêts sur le montant du règlement.

Le montant de prestation d'assurance maladie grave payable ne peut pas dépasser le montant d'assurance que nous vous avons consenti. Le montant maximum payable est de **1 000 000 \$**.

Le diagnostic de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer doit être posé par un spécialiste.

PRESTATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Si vous devenez totalement invalide par suite d'un accident

Si vous devenez totalement invalide par suite d'un accident, nous versons une prestation d'assurance invalidité mensuelle équivalant à 3 % du solde impayé de votre marge de crédit assurée à la date de votre invalidité totale, tel que calculé par le titulaire du contrat collectif.

Votre prestation d'assurance invalidité mensuelle ne peut cependant dépasser la prestation mensuelle maximale payable indiquée dans votre fiche d'adhésion.

Si vous devenez totalement invalide pour toute autre raison

Si vous devenez totalement invalide pour toute autre raison qu'un accident, nous versons une prestation d'assurance invalidité mensuelle équivalant à 3 % du moins élevé des montants suivants, tels que calculés par le titulaire du contrat collectif :

- le solde impayé de votre marge de crédit assurée à la date de votre invalidité totale; ou
- 110 % du solde impayé mensuel moyen de votre marge de crédit assurée au cours de la période de 12 mois précédant la date de votre invalidité totale.

Le montant maximum payable est de **3 000 \$ par mois**, pendant une période maximale de **60 mois**. Le total des prestations d'assurance invalidité payables est de **180 000 \$** (il s'agit de la prestation cumulative maximale payable). Le montant total des prestations d'assurance invalidité payables ne peut pas dépasser le montant d'assurance que nous vous avons consenti.

Il est de votre responsabilité de combler tout écart entre votre remboursement mensuel de marge de crédit et la prestation d'assurance invalidité.

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité et continuer à en toucher, vous devez :

- être considéré activement au travail;
- recevoir des soins médicaux appropriés de la part d'un médecin détenant un permis d'exercice 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 retour au travail progressif ou à un emploi de réadaptation que nous jugeons approprié; et
- produire une preuve initiale satisfaisante de la légitimité de votre demande de règlement pour invalidité totale et être en mesure de produire une telle preuve en tout temps, sur demande.

À tout moment durant le traitement de votre demande de règlement ou pendant que nous versons des prestations d'invalidité, si nous le jugeons nécessaire, nous pouvons exiger que vous soyez évalué.

Invalidité récidivante

Si votre invalidité totale réapparaît dans les six mois après que vous vous soyez rétabli de cette même invalidité ou d'une invalidité totale connexe, nous considérons qu'il s'agit du prolongement de votre invalidité totale initiale. Dans un tel cas, le délai de carence indiqué dans votre fiche d'adhésion ne s'applique pas à votre demande de règlement pour invalidité récidivante.

Les prestations prévues par la garantie en cas d'invalidité récidivante, qu'elles soient versées de manière continue ou en bloc, ne peuvent être versées au-delà de la période de prestation maximale par sinistre.

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 autre et non lié.

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

- le trouble médical à l'origine de l'invalidité totale concomitante ne doit pas être lié (directement ou indirectement) à l'invalidité totale initiale; et
- 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 règlement immédiatement après que votre invalidité totale initiale ait pris fin. Une nouvelle période maximale de prestations commencera alors.

Quand le versement des prestations d'invalidité débute-t-il ?

Une fois que nous avons accepté votre demande de règlement, nous commençons à verser les prestations d'invalidité aussitôt le délai de carence expiré.

Quand le versement des prestations d'invalidité prend-il fin ?

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

- la date à laquelle vous cessez d'être totalement invalide;
- la date à laquelle le versement des prestations d'invalidité atteint la fin de la période de prestation maximale par sinistre;
- la date à laquelle le total cumulatif de toutes les prestations d'invalidité que nous avons versées équivaut à la prestation cumulative maximale payable;
- la date à laquelle vous remboursez entièrement votre marge de crédit;
- la date à laquelle vous êtes confiné à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire 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 n'êtes plus activement sous les soins d'un médecin;
- vous refusez de vous soumettre à l'examen médical d'un médecin de notre choix;
- la date à laquelle vous négligez de fournir une preuve satisfaisante d'invalidité totale continue;
- la date d'expiration de votre assurance, telle qu'indiquée sous la rubrique « Fin de l'assurance » à la section V de ce guide; ou
- la date à laquelle le total cumulatif de toutes les prestations d'invalidité mensuelles que nous vous avons versées en raison de votre invalidité totale équivaut :
 - a) au solde impayé de votre marge de crédit assurée à la date de votre invalidité totale; ou
 - b) à 110 % du solde impayé mensuel moyen de votre marge de crédit assurée pendant la période de 12 mois précédant la date de votre invalidité totale.

Sinistre survenant au cours du délai de grâce

Si vous décédez, devenez totalement invalide ou recevez un diagnostic de maladie grave durant le délai de grâce, nous calculerons toute prestation d'assurance payable en tenant compte de la fin de la période à laquelle votre dernier versement de prime s'appliquait. Nous pourrions également déduire toute prime impayée de toute prestation d'assurance qui pourrait être payable.

Erreur sur l'âge

Si vous avez fait une erreur sur votre âge dans votre fiche d'adhésion et qu'en raison de votre âge véritable vous auriez été inadmissible à l'assurance collective des créanciers (à prime mensuelle), la responsabilité de CUMIS se résumera à vous rembourser les primes versées 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 sur la base de votre âge véritable, nous effectuerons tout ajustement nécessaire aux prestations d'assurance, à la prime ou à la durée de l'assurance afin de maintenir votre protection en vigueur.

Déclaration inexacte sur le tabagisme

Si dans votre fiche d'adhésion, vous avez fait une fausse déclaration concernant votre tabagisme ou vos habitudes de fumeur, nous considérons cela comme une déclaration inexacte et votre assurance est considérée nulle et non avenue (c'.-à-d., traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur). Dans un tel cas, nous refusons votre demande de règlement et, sauf en cas de fraude, nous remboursons votre prime, moins nos frais de gestion applicables.

Refinancement de votre marge de crédit

Refinancer signifie que vous et le titulaire du contrat collectif vous entendez pour refinancer, remplacer, renouveler, prolonger ou autrement modifier votre marge de crédit assurée.

Si vous refinancez votre marge de crédit, vous aurez la possibilité de refaire une demande d'assurance pour le nouveau montant de marge de crédit, ou de maintenir votre protection d'assurance existante.

Qu'arrive-t-il au refinancement?

Si vous demandez une protection d'assurance pour le nouveau montant de la marge de crédit, et que nous vous l'accordons, nous vous émettons un nouveau guide de produit et certificat d'assurance où toutes les conditions de votre certificat d'assurance précédent sont remplacées.

Si vous demandez une protection d'assurance pour un montant supérieur à 50 000 \$, et que nous vous l'accordons, toutes les exclusions, restrictions et limitations de votre nouvelle protection d'assurance s'appliquent à compter de la date d'effet de l'assurance de votre nouveau montant de protection assurée.

Reconnaissance de l'assurance antérieure – (protection pour proposant unique seulement)

Au moment de demander une autorisation d'augmentation de marge de crédit, si votre nouvelle demande d'assurance est refusée, nous pouvons reconnaître l'assurance qui était en vigueur immédiatement avant l'autorisation d'augmentation de marge de crédit, sous réserve des limitations et conditions du certificat précédent. La reconnaissance de l'assurance antérieure n'est disponible que si une seule personne a présenté une demande d'assurance marge de crédit lors du refinancement.

La reconnaissance de l'assurance antérieure ne s'applique que lorsque nous recevons acceptation par écrit de votre part à l'effet que vous acceptez notre offre de maintenir la protection d'assurance existante en vigueur.

Si vous n'acceptez pas notre offre de maintien en vigueur de la protection d'assurance existante, nous établissons une protection selon le montant d'assurance maximal garanti de 50 000 \$, dont les taux pourraient cependant différer.

Le montant de prestation est calculé selon le montant de protection établi à la suite de l'offre de reconnaissance de l'assurance antérieure.

Exemple de reconnaissance de l'assurance antérieure – (protection pour proposant unique seulement)

Vous possédez une marge de crédit de 100 000 \$. La limite autorisée de votre marge de crédit est augmentée à 150 000 \$ et vous décidez de demander des assurances vie, maladie grave et invalidité.

Coverage type	Assurances vie, maladie grave et invalidité
Montant de marge de crédit initial	100 000 \$
Augmentation à 150 000 \$ de la limite autorisée de la marge votre crédit par le titulaire du contrat collectif	Traitement de la demande d'assurance
Demande d'assurance refusée pour l'augmentation de limite de la marge de crédit (150 000 \$)	Offre de maintenir en vigueur le montant d'assurance existant. Toutes les conditions de l'assurance antérieure s'appliquent.
Offre acceptée	Protection = 100 000 \$
Offre refusée	Protection = 50 000 \$ (le montant d'assurance maximal garanti). Taux de prime sujet à changement.

Refinancement de votre marge de crédit durant l'invalidité

Si au moment de refinancer votre marge de crédit vous touchez des prestations d'invalidité, vous pouvez faire une demande d'assurance pour le nouveau montant de votre marge de crédit.

Si votre demande d'assurance invalidité à l'égard de la nouvelle marge de crédit est refusée, tant que vous êtes totalement invalide, nous continuons de verser des prestations d'invalidité équivalant à la garantie prévue par votre certificat d'assurance précédent, et la protection d'assurance invalidité demeure en vigueur.

Toutefois, votre prestation d'assurance invalidité ne pourra dépasser :

- 3 % du nouveau montant de protection d'assurance invalidité; ou
- la prestation mensuelle maximale payable.

Les versements de prestations au titre d'un certificat antérieur ne seront pas effectués si vous transférez votre marge de crédit à une autre institution financière ou à un autre produit d'assurance collective des créanciers émis par CUMIS-Vie.

IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE L'ASSURANCE

MISE EN GARDE

EXCLUSION RELIÉE À UN ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR (CONDITION PRÉEXISTANTE) - POUR TOUTES LES ASSURANCES

L'exclusion reliée à un état de santé antérieur s'applique uniquement si votre marge de crédit assurée est égale ou inférieure à 50 000 \$:

- § Nous ne versons pas de prestations d'assurance ni n'effectuons de remboursement de votre prime mensuelle si votre décès, invalidité totale ou maladie grave découle directement ou indirectement d'un état de santé antérieur, ou y est lié de quelque façon que ce soit.
- § Cela signifie que, si dans les 12 mois avant la prise d'effet de votre assurance, vous avez présenté des symptômes ou avez été traité pour un problème de santé, nous ne versons aucune prestation d'assurance si votre décès, maladie grave ou invalidité totale survient au cours des 12 mois après la prise d'effet de votre assurance.

EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE VIE

La prestation d'assurance vie n'est pas payable lorsque votre décès est directement, indirectement ou de quelque façon en lien avec ce qui suit :

- § vous vous suicidez;
- § vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
- § vous utilisez ou consommez de la drogue, de l'alcool, une substance toxique, une substance intoxicante et (ou) des stupéfiants, autrement que selon l'ordre et les directives d'un médecin détenant un permis d'exercice;
- § le fait pour vous de conduire ou de contrôler une embarcation ou un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à la limite légale permise dans le territoire visé; ou
- § vous-même ou votre représentant successoral omet de nous fournir une déclaration et preuve de sinistre à l'intérieur du délai prévu dans le guide de produit et certificat d'assurance.

EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE MALADIE GRAVE

La prestation d'assurance maladie grave n'est pas payable 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 sous la rubrique MISE EN GARDE de la définition de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral et de cancer;
- § 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;
- § vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;

- § vous utilisez ou consommez de la drogue, de l'alcool, une substance toxique, une substance intoxicante et (ou) des stupéfiants, autrement que selon l'ordre et les directives d'un médecin détenant un permis d'exercice;
- § le fait pour vous de conduire ou de contrôler une embarcation ou un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à la limite légale permise dans le territoire visé; ou
- § le fait que vous-même ou votre représentant successoral omette de nous fournir une déclaration et preuve de sinistre à l'intérieur du délai prévu dans le guide de produit et certificat d'assurance.

- § Diagnostic de cancer à l'intérieur de 90 jours : nous ne versons pas de prestation d'assurance maladie grave si vous recevez un diagnostic de cancer dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance. Dans un tel cas, nous annulons votre assurance maladie grave et vous remboursons toute prime versée pour cette protection d'assurance.

EXCLUSION SPÉCIFIQUEMENT RELIÉE A UN CANCER PRÉEXISTANT

L'exclusion relative à un cancer préexistant expliquée ci-après s'applique uniquement si votre protection d'assurance maladie grave est inférieure ou égale à 50 000 \$:

Nous ne versons pas de prestation d'assurance en cas de maladie grave pour un cancer diagnostiqué si, à quelque moment que ce soit avant la date d'effet de l'assurance, vous avez eu un « quelconque cancer ».

Cela signifie que, si, à quelque moment que ce soit avant la date d'effet de l'assurance :

- § vous avez reçu un diagnostic pour un « quelconque cancer »; ou
- § vous n'avez pas encore reçu un diagnostic pour un « quelconque cancer », mais que :
 - a) vous avez présenté des signes ou symptômes apparents d'un « quelconque cancer »; ou
 - b) avez tenté d'obtenir ou obtenu des conseils ou soins médicaux (tels qu'une personne prudente aurait tenté d'obtenir ou obtenus) en lien avec les signes ou symptômes apparents d'un « quelconque cancer »;

nous ne versons pas la prestation d'assurance pour :

- § un « cancer couvert » pour lequel vous avez reçu un diagnostic;
- § la récurrence de ce « cancer couvert »; ou
- § tout diagnostic futur en lien avec tout autre « cancer couvert ».

« Quelconque cancer » s'entend de toute forme de cancer (et non pas seulement d'une forme de cancer couvert par l'assurance en cas de maladie grave prévue par la présente assurance).

« Cancer couvert » s'entend d'une forme de cancer couvert par l'assurance en cas de maladie grave décrite dans ce guide, sous réserve de la présente exclusion pour un état de santé préexistant relatif à un cancer.

« Cancer non couvert » s'entend d'une forme de cancer qui n'est pas couvert par l'assurance en cas de maladie grave décrite dans le présent guide.

EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE INVALIDITÉ

Nous ne versons pas de prestations d'invalidité si votre invalidité totale :

- § a commencé avant la date d'effet de l'assurance;
- § est en lien avec toute offre d'assurance invalidité comportant des exclusions et que vous avez acceptée par écrit;
- § provient d'une grossesse normale (c'est-à-dire que votre grossesse n'est pas considérée comme « à risque élevé » par un médecin détenant un permis d'exercice que nous jugeons acceptable);
- § a commencé pendant que vous étiez confiné à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;
- § a commencé après que votre protection d'assurance a pris fin;
- § selon les dispositions applicables du contrat collectif (et tel qu'indiqué dans votre fiche d'adhésion), l'invalidité totale découle d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle vous autorisant à réclamer et à recevoir des indemnités pour perte de salaire au titre de l'indemnisation des accidentés du travail, de santé et sécurité au travail ou de toute autre législation similaire;
- § est en lien avec une tentative de vous enlever la vie, étant sain d'esprit ou non;
- § est en lien avec la perpétration ou une tentative de perpétration d'un acte criminel de votre part;
- § est en lien avec votre utilisation (ou inscription à un programme de réhabilitation) pour consommation de drogue, d'alcool, de substance toxique ou intoxicante et (ou) de stupéfiant autrement que selon l'ordonnance d'un médecin détenant un permis d'exercice, leur administration par lui ou conformément à ses instructions;
- § résulte du fait pour vous de conduire ou de contrôler une embarcation ou un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à la limite légale permise dans le territoire visé;
- § est en lien avec une intervention chirurgicale non urgente.

Après versement d'une prestation d'assurance maladie grave :

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 totalement 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 des prestations d'assurance maladie grave.

V. ANNULATION ET FIN DE L'ASSURANCE

A. COMMENT ANNULER CETTE ASSURANCE

Votre protection d'assurance auprès de CUMIS-Vie est entièrement facultative et vous pouvez l'annuler à tout moment.

Au Québec, la Loi sur la distribution de produits et services financiers Vous permet d'annuler votre contrat d'assurance jusqu'à 10 jours après sa signature. Dans le cas de cette assurance, vous disposez d'une période de **30 jours** à compter de la date d'effet de l'assurance, pour l'annuler et recevoir un remboursement complet de votre prime.

Pour annuler votre assurance, veuillez contacter le représentant du titulaire du contrat collectif dont le nom figure dans votre fiche d'adhésion.

Vous trouverez également un formulaire pour annuler votre assurance (avis de résolution d'un contrat d'assurance) à la fin de ce guide de distribution.

Dans le cas de plus d'un assuré, tous les assurés doivent signer la demande d'annulation même si la demande ne s'applique qu'à un seul assuré.

B. FIN DE L'ASSURANCE

Toutes les protections d'assurance, soit les assurances vie, invalidité et (ou)maladie grave que vous avez souscrites prennent fin à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de **75 ans**;
- la fin de l'assurance, telle qu'indiquée dans votre fiche d'adhésion;
- la date à laquelle nous recevons par écrit une demande d'annulation de votre part ou, lorsque la protection d'assurance est offerte à plus d'une personne, nous recevons par écrit une demande d'annulation de la part de tous les assurés;
- la date à laquelle vous fermez votre marge de crédit assurée;
- la date à laquelle on vous libère, par effet de la loi, de votre obligation légale de rembourser votre marge de crédit assurée (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- la date à laquelle vous transférez ou cédez votre marge de crédit assurée à un créancier autre que le titulaire du contrat collectif;
- la date à laquelle votre prime d'assurance est échue depuis plus de 75 jours;
- la date à laquelle nous versons une prestation du vivant;
- la date de résiliation du contrat collectif, conformément aux dispositions prévues au contrat; et
- la date de votre décès.

MISE EN GARDE

Si plus d'un proposant a souscrit le même type de protection d'assurance, il se peut que l'assurance de l'un d'eux prenne fin de la façon décrite sous la présente rubrique. La protection d'assurance que nous avons émise pour les autres proposants lors de la même adhésion pourrait demeurer en vigueur, sous réserve des conditions énoncées dans le guide de produit et certificat d'assurance.

MISE EN GARDE

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 règlement valide présentée avant cette date.

VI. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE RÈGLEMENT

Si vous croyez avoir droit à une prestation, veuillez communiquer avec nous dès que possible au 1-800-263-9120. Vous devez nous fournir une déclaration et preuve de sinistre dans les délais prévus par le certificat d'assurance. Autrement, nous pourrions refuser votre demande de règlement et ne verser aucune prestation d'assurance.

Le processus de demande de règlement diffère selon le type de sinistre décrit dans la section Présentation d'une demande de règlement ci-dessous. Vous pouvez également obtenir de l'information sur la façon de présenter une demande de règlement en visitant la page web suivante : www.cumis.com, ou en communiquant avec nous pour obtenir de l'aide.

Pour toute question, veuillez contacter :

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

Téléphone : 1-800-263-9120
Télécopieur : 1-800-897-7065
Courriel confidentiel : claims.centre@cumis.com

A. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

ASSURANCE-VIE

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie, votre plus proche parent ou votre représentant successoral doit contacter le titulaire du contrat collectif. Celui-ci a accès aux formulaires de déclaration requis; il aide à remplir ces formulaires et connaît les renseignements que nous exigeons concernant votre marge de crédit. Une fois ces documents remplis, le titulaire du contrat collectif nous les soumet pour que nous puissions entreprendre le traitement de la demande.

Nous coordonnons l'obtention de l'information dont nous avons besoin avec le titulaire du contrat collectif ou, lorsque nécessaire, avec votre représentant successoral. Une fois que notre décision est prise, nous en avisons le titulaire du contrat collectif qui communique avec votre représentant successoral. Ce dernier peut en tout temps communiquer avec nous ou avec le titulaire du contrat collectif pour connaître l'état de la demande de règlement.

MISE EN GARDE

Votre représentant successoral doit soumettre 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.

PRESTATION DU VIVANT, MALADIE GRAVE OU INVALIDITÉ

Pour présenter une demande de règlement en vertu de la prestation du vivant ou des assurances maladie grave ou invalidité, contactez CUMIS au 1-800-263-9120.

Lorsque vous effectuez votre appel initial, nous commençons par vous poser des questions afin de vous identifier et de localiser votre marge de crédit. L'information dont nous avons besoin pour établir votre droit à l'assurance peut différer selon chaque type de sinistre.

Après avoir soumis votre demande de règlement, 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 votre (vos) médecin(s), employeur ou de toute autre source que nous jugeons acceptable.

Veillez noter que vous demeurez légalement responsable de rembourser votre marge de crédit et acquitter vos primes d'assurance au titulaire du contrat collectif tout au long du processus de règlement du sinistre. Nous vous aviserons, ainsi que le titulaire du contrat collectif, de l'acceptation ou du refus de votre demande de règlement. Si nous l'acceptons, nous verserons les prestations décrites dans ce guide. En cas de refus de votre demande, nous vous en expliquerons les raisons.

MISE EN GARDE

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, de maladie grave, ou êtes devenu totalement invalide pour la première fois).

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 à l'intérieur de ce délai, 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.

Période de contestabilité

Si vous présentez une demande de règlement au cours des deux premières années d'assurance, nous vérifierons l'information fournie dans votre fiche d'adhésion afin d'en confirmer l'exactitude et l'intégralité. Nous déterminerons si oui ou non il y a eu présentation erronée des faits.

Sauf si vous indiquez des renseignements erronés concernant l'âge et le tabagisme, ou si vous avez fait une déclaration inexacte dans votre fiche d'adhésion, une fois que votre assurance sera demeurée en vigueur pendant deux ans, nous ne vérifierons généralement votre information qu'en d'indice de fraude. Cette période de deux ans, parfois appelée période de contestabilité, est un concept établi par la législation provinciale en matière d'assurance.

B. 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 guide de produit et certificat d'assurance;
ou
- vous communiquerons par écrit les raisons pour lesquelles Nous croyons qu'aucune prestation n'est payable.

Les prestations seront versées au titulaire du contrat collectif et serviront à réduire ou payer votre marge de crédit

C. APPEL D'UNE DÉCISION DE L'ASSUREUR ET RECOURS

Si nous refusons votre demande de règlement et que vous n'êtes en accord avec notre décision, vous pouvez nous envoyer une demande officielle par écrit afin de faire appel de notre décision, expliquant les raisons de votre désaccord et nous fournissant des documents justificatifs. Une fois reçue, nous examinerons votre demande et vous informerons de notre décision finale.

Si vous n'êtes pas satisfait de notre décision finale, nous vous fournirons de l'information sur les mesures à prendre pour que vos revendications soient étudiées plus avant. Cela peut également signifier, si vous le désirez, de contacter notre Service de médiation.

Dans le cas d'un désaccord entre vous et nous ou le distributeur, vous pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers ou votre propre conseiller juridique.

D. AUTRES RENSEIGNEMENTS

Délais importants pour intenter une poursuite en justice

En cas de refus de votre demande de règlement 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 d'assurance. Ce délai commence à courir le jour où nous refusons initialement votre demande de règlement ou mettons fin au versement des prestations d'assurance.

Toute action ou poursuite en justice contre un assureur pour réclamer des sommes payables en vertu 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.

Sinistres concomitants

ASSURANCES VIE, MALADIE GRAVE, PRESTATION DU VIVANT

Lorsque plus d'un assuré décède ou reçoit un diagnostic de maladie grave ou de maladie en phase terminale à la même date, une seule garantie est payable selon le premier assuré à présenter une demande de règlement; l'assurance est alors résiliée. Le pourcentage de prestation versé se limitera au pourcentage de protection calculé pour cette garantie. En aucun cas ne rembourserons-nous plus que le solde impayé de votre marge de crédit assurée et la garantie payable ne pourra non plus dépasser le montant d'assurance maximale offerte.

ASSURANCE INVALIDITÉ

Lorsque plus d'un assuré présente une demande de règlement pour invalidité totale au même moment, au titre de la même marge de crédit, une seule garantie à la fois est payable, quel que soit le nombre de personnes assurées au titre du prêt. La prestation payée se limite à la période de prestation maximale par sinistre et à la prestation mensuelle maximale payable.

Droits d'examen

Nous pourrions vous demander de subir un examen de la part d'un médecin de notre choix. Nous assumerons le coût de cet examen. Si vous refusez de subir cet examen, nous ne vous verserons aucune prestation. Advenant un sinistre-décès, nous avons le droit, là où la loi le permet, de demander une autopsie.

Autres renseignements

Pour plus de renseignements au sujet de ce produit, communiquez avec CUMIS au 1-800-263-9120.

VII. 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.

VIII. 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, 4e 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

IX. 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, si nécessaire, 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 de plus amples renseignements sur nos règles de confidentialité, veuillez consulter la page web suivante : 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 ou écrivez-nous à La Compagnie d'assurance-vie CUMIS (à l'attention de l'agent de protection de la vie privée), C. P. 5065, 151 North Service Road, Burlington, Ontario, L7R 4C2.

NOTES PERSONNELLES :

ASSURANCE VIE	oui	£	non	£
ASSURANCE INVALIDITÉ	oui	£	non	£
ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE	oui	£	non	£
Personnes assurées:	moi	£	Coemprunteur	£ oui £ non
Montant maximal de l'assurance :	_____			
Durée de l'assurance :	_____			
Prime :	_____			
Autre :	_____			

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

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

- La loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature. L'assureur vous accorde un délai plus long. Il vous accorde **30 jours** suivant la date d'effet de l'assurance, pour annuler sans pénalité. Pour cela, vous devez donner à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez certaines 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, vous pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au: (418) 525-0337 ou 1-877-525-0337.

AVIS DE RÉOLUTION 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.

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.

AVIS DE CONSENTEMENT PARTICULIER

VOUS ÊTES LIBRE DE DONNER CE CONSENTEMENT OU NON

Sections 92 et 437 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

- Nous détenons, aujourd'hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos préposés d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces préposés auront aussi accès aux mises à jour des renseignements, faites pendant la durée du consentement.
- Ces préposés utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

VOUS ÊTES LIBRE D'ÉTABLIR LA DURÉE DE VALIDITÉ DE VOTRE CONSENTEMENT

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant. À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période. Le présent formulaire prévoit à la section « consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

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

Sans cette autorisation spécifique, le distributeur ne pourra utiliser ces renseignements à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Le distributeur ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaires avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner; l'article 94 de la loi vous protège.** Pour de plus amples renseignements, contactez l'Autorité des marchés financiers au (418) 525-0337 or 1-877-525-0337.

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd'hui, ont été recueillis dans le cadre de :

(objet(s) du dossier)

Voici les catégories de renseignements nécessaires que nous souhaitons que l'un de nos préposés utilise ainsi que les produits et services qu'il pourra vous offrir. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories, vous pouvez vous référer au verso.

Veuillez autoriser les catégories auxquelles vous consentez.

Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués ⁽¹⁾	Pour quels produits ou services? ⁽²⁾	Autorisation du client ⁽³⁾		Initiales ⁽⁴⁾
À remplir par le distributeur	À remplir par le distributeur	£ oui	£ non	
		£ oui	£ non	
		£ oui	£ non	
		£ oui	£ non	
		£ oui	£ non	
		£ oui	£ non	

Directives au distributeur (reproduction non requise) :

1. Le distributeur doit indiquer au verso le contenu de chacune des catégories.
2. Le distributeur doit préciser la nature des produits et services qu'il souhaite offrir au client. Chaque catégorie de renseignements doit être associée à une fin particulière. Si une catégorie est nécessaire à plusieurs fins, le distributeur doit la répéter pour chacune d'elles.
3. L'autorisation du client peut être donnée par téléphone dans la mesure où les interlocuteurs peuvent s'assurer de leur identification respective. Dans ce cas, le présent formulaire servira de script pour le préposé. Le contenu détaillé de chacune des catégories doit être lu au client. Le distributeur doit transmettre au client le formulaire rempli dans les 10 jours suivant le consentement verbal.
4. Dans le cas d'un formulaire électronique, les initiales peuvent être remplacées par une fenêtre de confirmation. L'avis de consentement doit toutefois être mis à la disposition du client grâce à tout moyen en permettant la lecture ou l'impression.

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander que l'on vous donne accès aux renseignements que l'on détient sur vous.**

CONSENTEMENT PARTICULIER

Après avoir pris connaissance de ce qui est indiqué ci-dessus, je, soussigné(e),

_____ consens à ce que les renseignements détenus
(nom du client)

par le distributeur soit utilisés aux fins mentionnées plus haut.

Ce consentement sera valide jusqu'à révocation ou pour la période suivante :

_____ JJ/MM/AA (à remplir par le client)

Je peux révoquer en tout temps ce consentement par l'envoi d'un avis. Je peux utiliser le modèle d'avis ci-joint ou m'en inspirer.

_____ (signature du client)

_____ (date de signature du consentement)

(Identification du client, adresse ou n° folio ou n° contrat, etc.)

JE RÉVOQUE LE CONSENTEMENT PARTICULIER DONNÉ AU DISTRIBUTEUR PAR L'AVIS SUIVANT

À :

_____ (nom du distributeur)

_____ (adresse du distributeur)

En date du : _____

Par la présente, je, soussigné(e), _____ vous avise que
(nom du client)

j'annule le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : _____ (date du consentement)

_____ (nom du client)

_____ (signature du client)

(Identification du client, adresse ou n° folio ou n° contrat, etc.)