

**DISTRIBUTION GUIDE**

**SINGLE PREMIUM CREDITOR'S GROUP INSURANCE**

**POLICY NUMBER 85033995**

## **SINGLE PREMIUM CREDITOR'S GROUP INSURANCE DISTRIBUTION GUIDE**

### **Name of Insurance Product**

Single Premium Creditor's Group Insurance

### **Type of Insurance Product**

Creditor's Group Insurance  
Life, Disability or Critical Illness Insurance for Your loans

### **Name and Address of the Insurer:**

**CUMIS Life Insurance Company** (the "Insurer" or "We")  
151 North Service Road  
P.O. Box 5065  
Burlington (Ontario) L7R 4C2  
Telephone: 1-800-263-9120  
Fax: 1-800-416-7775

Responsibility of the *Autorité des marchés financiers*

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

## **Table of Contents**

<b>I. DEFINITIONS</b> .....	4
<b>II. INTRODUCTION</b> .....	9
<b>III. DESCRIPTION OF PRODUCT OFFERED</b> .....	9
<b>A. Nature of the Coverage</b> .....	9
<b>B. Beneficiary of the Insurance</b> .....	10
<b>C. Summary of Specific Features</b> .....	10
Persons Who May Apply for Insurance .....	10
Insurance Coverage Starts .....	11
Amount of Insurance Benefits .....	11
Cost of Insurance .....	13
Term of Insurance .....	13
Recurrent Disability .....	13
Refinancing Your Loan .....	13
<b>IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OR REDUCTION IN COVERAGE</b> .....	14
<b>V. CANCELLATION AND END OF INSURANCE</b> .....	17
<b>A. How to Cancel this Insurance</b> .....	17
<b>B. End of Insurance Coverage</b> .....	18
<b>VI. PROOF OF LOSS OR CLAIM</b> .....	18
<b>A. Submission of a Claim</b> .....	18
<b>B. Insurer's Reply</b> .....	19
<b>C. Appeal from Insurer's Ruling and Recourses</b> .....	19
<b>D. Other Information</b> .....	20
<b>VII. SIMILAR PRODUCTS</b> .....	20
<b>VIII. REFERRAL TO THE AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS</b> ..	20
<b>IX. CONFIDENTIALITY</b> .....	21

## I. DEFINITIONS

The following definitions apply to the Single Premium Creditor's Group Insurance and are capitalized throughout this distribution guide for Your ease of reference.

Accelerated Death Benefit:	Means a benefit payable under this insurance or any other CUMIS life insurance policy as a result of the Borrower having been diagnosed with a Terminal Illness with remaining life expectancy of 12 months or less.
Accrued Interest:	Means any unpaid interest that accrues from the date of the Borrower's last payment against principal and/or interest to the date of death or Diagnosis of Critical Illness.
Actively At Work:	Means You were working at any occupation for pay and were capable of carrying out the substantial and material duties of that occupation for at least 20 hours per week for each of the two consecutive weeks immediately preceding the Effective Date of Insurance.
Appropriate Medical Care:	Means, for the purposes of Total Disability, You are undergoing available medical treatment including, but not limited to: <ul style="list-style-type: none"><li>• Taking pills or any prescription medication;</li><li>• Receiving injections for any condition; <b>and</b></li><li>• Undergoing investigative medical tests for the illness, disease or bodily injury for which You have made Your claim.</li></ul> 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.
Borrower:	Means a person or persons who have applied for and obtained a loan from the Group Policyholder.

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"> <li>• Leukemia;</li> <li>• Lymphoma;</li> <li>• Hodgkin’s disease; <b>and</b></li> <li>• Metastatic tumours.</li> </ul> <p>The following cancers are excluded from coverage under this insurance:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• All tumours which are histologically described as benign, pre-malignant, borderline malignant, low malignant potential, or non-invasive;</li> <li>• Any lesion described as carcinoma in-situ;</li> <li>• Cervical dysplasia or intra-epithelial Neoplasia (CIN);</li> <li>• Prostatic Intra-epithelial Neoplasia (PIN);</li> <li>• Any form of cancer in the presence of HIV infection, including but not limited to lymphoma or Kaposi’s sarcoma;</li> <li>• Thin Melanomas with pathology report showing Clark’s Level less than III or Breslow thickness less than 1.5 mm;</li> <li>• All non-melanoma skin cancers;</li> <li>• Micro-carcinoma of the thyroid less than 1 cm in diameter.</li> </ul>
Critical Illness:	Means a Heart Attack, Cancer or Stroke that is first manifests itself after the Effective Date of Insurance and before the insurance terminates.
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 date on which Your insurance begins, as shown on Your Insurance Enrolment.
Elimination Period:	<p>Means the number of consecutive days which must expire immediately following the date of Total Disability before disability benefits become payable. The Elimination Period is <b>30 days</b>.</p> <p>If the Elimination Period is shown as “non-retroactive” on your Insurance Enrolment, we will start paying benefits as of the expiry of the Elimination Period.</p> <p>If the Elimination Period is shown as “retroactive” on your Insurance Enrolment, we will pay benefits retroactively from the start of your total disability.</p>
Group Policy:	Means the creditor’s group insurance policy issued by CUMIS Life to the Group Policyholder which makes all the types of insurance described in this guide available to all eligible individuals who choose to enrol.
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 <i>Canada Health Act</i> .

Heart Attack:	Means the death of a portion of the heart muscle, resulting from the blockage of adequate blood supply as evidenced by new electrocardiographic changes which support the Diagnosis of a Heart Attack and by elevation of cardiac enzymes, typical chest pain, cardiac troponins and any other cardiac biological markers.
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 Loan:	Means the amount loaned to You by the Group Policyholder, that You have chosen to insure. This amount includes the Single Premium if added to the balance of Your loan. If You paid the Single Premium in cash, that amount will not be included in Your Insured Loan.
Medical Advice or Treatment:	Means consultation with any licensed physician or registered Health Care Practitioner. This includes, but is not limited to: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical or paramedical treatment and investigative tests;</li> <li>• taking pills or any prescription medication; <b>or</b></li> <li>• receiving injections</li> </ul> for any condition related to the illness, disease or bodily injury for which You have made a claim.
Pre-Existing Condition:	Means any illness, disease or bodily injury, condition or symptom (regardless of whether or not a Diagnosis has been made) for which You sought or received Medical Advice or Treatment within the <b>6 months</b> immediately preceding the Effective Date of Insurance.
Principal Occupation:	Means the occupation from which You derived at least 75 per cent of Your gross pay for the 12 month period immediately preceding the date of Your Total Disability.
Product Guide and Certificate of Insurance:	Means the document which the Group Policyholder provides to the Borrower describing the main features of the insurance coverage.
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 Loan, 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 Diagnosis of Your Critical Illness or Terminal Illness, depending on the insurance benefit payable.
Single Premium:	Means the one-time, lump sum, total premium for all insurance You have chosen, which You pay when You enrol as specified on the Insurance Enrolment.

Stroke:	<p>Means a cerebrovascular incident resulting in irreversible death of brain tissue due to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cerebral haemorrhage;</li> <li>• cerebral embolism;</li> <li>• cerebral thrombosis; <b>or</b></li> <li>• subarachnoid haemorrhage.</li> </ul> <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.</p> <p>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>The following are excluded from the coverage under this insurance:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transient Ischaemic Attacks (TIA);</li> <li>• Reversible Ischaemic Neurological Deficit (RIND);</li> <li>• Brain damage due to an accident or injury, infection, vasculitis, inflammatory disease or migraine;</li> <li>• Disorders of the blood vessels affecting the eye including infarction of the optic nerve or retina;</li> <li>• Ischaemic disorders of the vestibular system;</li> <li>• Asymptomatic silent stroke found on imaging.</li> </ul>
Terminal Illness:	<p>Means Your remaining life expectancy is <b>12 months or less</b>, as Diagnosed by a licensed physician.</p>

<p>Totally Disabled and Total Disability:</p>	<p>Means:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) During the <u>first 12 consecutive months</u> from the date You became Totally Disabled, that You are not able to perform the substantial and material duties of <u>Your Principal Occupation</u> and You are receiving Appropriate Medical Care; <b>and</b></li> <li>b) <u>After the first 12 consecutive months</u> of Total Disability, that You are not able to perform the duties of <u>any occupation</u> for which You are reasonably qualified by education, training or experience and You are receiving Appropriate Medical Care.</li> </ul> <p>At all times, Your Total Disability must be caused by a medically determined sickness, disease or accidental bodily injury for which You are receiving Appropriate Medical Care by a licensed physician We consider appropriate.</p> <p>We will not consider You to be totally disabled if at any time You are working at any occupation for pay or profit. However, in Our sole discretion and judgment, We may permit You to engage in a gradual return to work program or rehabilitative employment while We continue to pay disability insurance benefits.</p> <p>At any time during the process of claiming or paying disability insurance benefits, We may require You to be assessed as We consider appropriate.</p>
<p>We, Us, Our, Insurer or CUMIS:</p>	<p>Means CUMIS Life Insurance Company of Burlington, Ontario.</p>
<p>Work stoppage:</p>	<p>Means a voluntary or involuntary work stoppage caused by a layoff, shut-down or labour dispute.</p>
<p>You and Your:</p>	<p>Mean each individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• who is eligible for insurance under the Group Policy;</li> <li>• who is named in the Insurance Enrolment and has enrolled for one or more types of insurance under the Group Policy;</li> <li>• for whom We have received the Single Premium; <b>and</b></li> <li>• to whom We have issued a Certificate of Insurance.</li> </ul>



## **II. INTRODUCTION**

This insurance is designed, upon the death, disability, or Critical Illness of the Borrowers, to pay the balance of their loan (for Life and Critical Illness Insurance) or pay monthly loan payments (for Disability Insurance) to the Group Policyholder.

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

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.

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

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

#### **Life Insurance:**

In case of death, the insurance will pay off the remaining balance of Your Insured Loan up to a maximum of **\$90,000**.

In case of Terminal Illness, the insurance will pay off the remaining balance of Your Insured Loan up to a maximum of **\$90,000**. This is called an Accelerated Death Benefit.

#### **Critical Illness Insurance:**

In case of a Diagnosis of a Critical Illness, the insurance will pay off the remaining balance of Your Insured Loan up to a maximum of **\$90,000**.

The Critical Illnesses that are covered by this insurance are:

- Heart Attack;
- Cancer;
- Stroke.

#### **Disability Insurance:**

In case of Total Disability, the insurance will cover Your monthly loan payments up to a maximum of **\$1,500 per month** for a maximum of **72 months**. The maximum benefit payable under this insurance is **\$108,000**.

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

The beneficiary is the entity to whom benefit payments will be paid. We will make benefit payments for all types of insurance to the Group Policyholder.

There are some exclusions and restrictions in the coverage. Please refer to the section entitled “Exclusions, Limitations or Reduction in Coverage” for detailed information.

## **C. SUMMARY OF SPECIFIC FEATURES**

### **Persons Who May Apply for Insurance**

You are eligible to enrol for all types of insurance if You have a legal obligation to repay your loan to the Group Policyholder, either as a Borrower, co-Borrower, co-signer, guarantor or endorser.

#### LIFE INSURANCE

You are eligible for Life Insurance on Your loan if, as of the Effective Date of Insurance, You meet all the following conditions:

- You are **16 years of age or older**;
- You are **under the age of 70**; **and**
- You have not made a claim for an Accelerated Death Benefit under any creditor’s group insurance policy or certificate of insurance issued by Us.

#### CRITICAL ILLNESS INSURANCE

You are eligible for Critical Illness Insurance on Your loan if, as of the Effective Date of Insurance, You meet all the following conditions:

- You have enrolled for Life Insurance;
- You are **16 years of age or older**;
- You are **under the age of 60**.
- The amount of Critical Illness Insurance coverage is the same as the amount of Life Insurance for which You enroll;
- You have not made a claim for a Critical Illness Insurance benefit under any creditor’s group insurance policy or certificate of insurance issued by Us; **and**
- You have not made a claim for an Accelerated Death Benefit under any creditor’s group insurance policy or certificate of insurance issued by Us.

## DISABILITY INSURANCE

You are eligible for Disability Insurance on Your loan if, as of the Effective Date of Insurance, You meet all the following conditions:

- You have enrolled for Life Insurance;
- You are **16 years of age or older**;
- You are **under the age of 70**;
- You have not made a claim for an Accelerated Death Benefit under any creditor's group insurance policy or certificate of insurance issued by Us; **and**
- You are Actively at Work.

If You are not Actively At Work, You are eligible for Disability Insurance if You are:

- A Seasonal Employee;
- Affected by a Work Stoppage; **or**
- On a statutory leave of absence (for example, pregnancy leave or parental leave).

### **Insurance Coverage Starts**

If You meet the eligibility requirements to enrol as described above, Your insurance coverage begins on the Effective Date of Insurance shown on Your Insurance Enrolment.

### **Amount of Insurance Benefits**

#### LIFE AND CRITICAL ILLNESS INSURANCE

In case of death, Terminal Illness or Critical Illness, We will pay the lesser of the following:

- Your Insured Loan Balance on the date of Your death, Diagnosis of Critical Illness or Terminal Illness; **or**
- The maximum benefit payable of **\$90,000**.

We will also pay Accrued Interest on the outstanding balance of Your Insured loan as well as Settlement Interest.

If the amount of the Insured Loan is less than the amount of the loan granted to you by the Group Policyholder, the benefit will be reduced by the proportion of the original loan not insured.

*Example*

*Suppose We cover \$60,000 of Your \$80,000 loan, or 75%. At the time of Your death, or Diagnosis of a Critical Illness or Terminal Illness, You have \$40,000 remaining on Your loan. We will pay 75% of that \$40,000, or \$30,000, to the Group Policyholder.*

DISABILITY INSURANCE

If You become Totally Disabled and remain Totally Disabled throughout the Elimination Period, the insurance will pay a **monthly benefit**.

The maximum amount of benefit payable in any month will be the lesser of:

- The monthly disability benefit amount indicated on Your Insurance Enrolment; **or**
- The maximum monthly benefit of **\$1,500**.

The monthly benefits are subject to:

- A maximum benefit period of **72 months; and**
- A total benefit payable of **\$108,000**.

For a partial month, the amount of benefit will be equal to 1/30<sup>th</sup> of the monthly disability benefit stated on the Insurance Enrolment for each day of Total Disability to be compensated.

We will stop paying disability insurance benefits upon the earliest of:

- The date You are no longer Totally Disabled;
- The end of the maximum benefit period shown on Your Insurance Enrolment;
- The date the cumulative total of all Disability Insurance monthly benefits We have paid exceeds \$108,000;
- The date You become confined, as a result of criminal proceedings against You, to a penal institution, government detention facility, hospital or similar institution; **and**
- The date Your insurance ends as described under the heading "End of Insurance Coverage".

### **Cost of Insurance**

When You enrol, You must make a one-time, lump sum payment of the total premium for all insurance You have chosen. This is called the Single Premium.

You may choose to add the Single Premium to Your loan. If You do, this amount is included in the Insured Loan. If You wish to pay cash for Your insurance, the Single Premium is not included in the Insured Loan.

### **Term of Insurance**

The term of insurance is equal to the repayment term of Your loan up to a maximum of **180 months**.

### **Recurrent Disability**

If Your Total Disability recurs within six (6) 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 will not apply.

### **Refinancing Your Loan**

If You refinance, replace, renew, extend or otherwise amend (collectively, "refinance") Your Insured Loan, and do not enrol for additional coverage, Your coverage will automatically end.

You can enrol for replacement insurance coverage. You will be issued a new Certificate of Insurance for Your refinanced Insured Loan. The new Certificate of Insurance will replace all of the terms and conditions of Your original Certificate of Insurance.

If benefits are denied under a new Certificate of Insurance issued after refinancing, benefits will be provided to the amount and extent of coverage under the replaced Certificate of Insurance, provided benefits would have been payable under that replaced Certificate of Insurance.

**IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OR REDUCTION IN COVERAGE**

**EXCLUSIONS**

**CAUTION**

**GENERAL EXCLUSIONS – ALL COVERAGES :**

**1. We will not pay any insurance benefits if:**

- **You or Your estate representative do not provide Us with notice and proof of Your claim within the time limits specified in this Distribution Guide;**
- **You use or ingest any drug, poisonous substance, intoxicant and/or narcotic other than prescribed and administered by or in accordance with the instruction of a licensed physician;**
- **You commit or attempt to commit a criminal offence;**
- **Your operate any land, water or air vehicle which is moved or operated by any means other than Your muscle power, when Your blood alcohol level is in excess of the legal limit in the province in which You were operating the vehicle;**
- **You misstate Your age on Your Insurance Enrolment and based on Your correct age You would not have been eligible for insurance;**
- **You misrepresent information in the Insurance Enrolment which is material or important to Your insurance, such as health, smoking status or other questions.**

**PRE-EXISTING CONDITION EXCLUSION - ALL COVERAGES:**

**1. We will not pay a benefit if Your death, Total Disability or Critical Illness:**

- **occurs within 6 months after the Effective Date of Insurance;**
- and**
- **is directly or indirectly related to a Pre-Existing Condition in the 6 months immediately preceding the Effective Date of Insurance.**

**ADDITIONAL EXCLUSION RELATED TO LIFE INSURANCE**

- 1. We will not pay a benefit or provide a Premium refund if You commit suicide within 2 years of the Effective Date of Insurance, while sane or insane.**

**ADDITIONAL EXCLUSIONS RELATED TO CRITICAL ILLNESS INSURANCE:**

**1. We will not pay a benefit if:**

- **The Diagnosis of Your medical condition does not fully meet the requirements for the definitions of Heart Attack, Stroke or Cancer; or**
- **The Diagnosis of Your medical condition is specifically listed under the exclusions for Stroke or Cancer; or**
- **Your medical condition results directly or indirectly from You self-inflicting an injury or attempting to take Your own life, whether sane or insane.**

**2. We will not pay a benefit if:**

- **You are Diagnosed with Cancer within 90 days following the Effective Date of Insurance. If this happens, We will cancel Your Critical Illness insurance and provide a full refund of any Premium paid for this coverage.**

**3. We will not pay a benefit if:**

- **You have had any cancer, not just a form of cancer covered under this insurance, at any time before the Effective Date of Insurance; or**
- **You had apparent signs or symptoms of any cancer, not just a form of cancer covered under this insurance; or**
- **You sought or received Medical Advice or Treatment relating to the apparent signs or symptoms of any cancer, not just a form of cancer covered under this insurance.**

**ADDITIONAL EXCLUSION RELATED TO DISABILITY INSURANCE**

**1. We will not pay a claim if Your Total Disability:**

- **Begins prior to the Effective Date of Insurance shown on Your Insurance Enrolment;**
- **Results, directly or indirectly, from You self-inflicting an injury or attempting to take Your own life, whether sane or insane;**
- **Results from normal pregnancy (that is, Your pregnancy is not diagnosed as 'high risk' by a licensed physician);**
- **Begins when You were confined, as a result of criminal proceedings against You, to a penal institution, government detention facility, hospital or similar institution;**
- **Begins after Your insurance coverage ends; or**
- **Where applicable under the Group Policy and 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.**

**GENERAL LIMITATIONS – ALL COVERAGES :**

- 1. 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 it is correct and complete.**
- 2. If You misstate Your age on Your Insurance Enrolment, but would still be eligible for insurance based on Your correct age, We will:**
  - Adjust any insurance benefits payable to reflect the amount of insurance Your Premium would have purchased based on Your correct age.**

**ADDITIONAL LIMITATIONS RELATED TO DISABILITY INSURANCE:**

- 1. If You were not Actively At Work when You enrolled for Disability Insurance because You were affected by a Work Stoppage or were on a statutory leave of absence:**
  - Your eligibility to claim Disability Insurance benefits will be delayed, and**
  - You will be eligible to claim Disability Insurance benefits when You have once again been working for at least 20 hours per week for two consecutive weeks.**



## V. CANCELLATION AND END OF INSURANCE

### A. HOW TO CANCEL THIS INSURANCE

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** after the date you receive the Product Guide and Certificate of Insurance, and receive a full refund of any premium paid.

You may also cancel Your insurance coverage at any time **after 30 days**. In this event, You will not receive a full premium refund. All You have to do is send a signed and dated cancellation request to the Group Policyholder. You may cancel any type of protection (Life, Critical Illness or Disability Insurance).

Your insurance coverage will be cancelled on the **latest of the following**:

- The date stated in Your cancellation request; **or**
- The date the Group Policyholder receives Your written cancellation request.

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

### Premium Refund

If you request a cancellation of Your insurance after Your 30-day free look and before the last day of the term of insurance, We will pay a partial refund of Your Single Premium.

The premium refund will be based on the following formula:

#### Rule of 78 Refund

$$\frac{(SP - CF) * T * (T + 1)}{N * (N + 1)}$$

Where:

SP: Single Premium

CF: certificate fee

T: total number of months remaining in your original insurance coverage period, rounded up or down to the nearest whole month

N: total number of months in your original insurance coverage period

## **B. END OF INSURANCE COVERAGE**

**Life Insurance, Disability Insurance** and **Critical Illness Insurance** will end on the earliest of the following:

- Expiry of the maximum term of insurance shown on Your Insurance Enrolment, up to a maximum of **180 months**;
- The date You reach **age 75**;
- 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 repay or discharge Your Insured Loan;
- The date You renew or refinance Your Insured Loan;
- The date You are released, by operation of law, from Your legal obligation to repay Your Insured Loan (whether upon discharge from bankruptcy or otherwise);
- The date You transfer or assign Your Insured Loan to a creditor other than the Group Policyholder;
- The date You have missed more than six monthly payments, whether consecutive or not, on Your Insured Loan;
- The date We pay a life insurance benefit, an Accelerated Death Benefit or Critical Illness Insurance benefit under this Certificate of Insurance; **and**
- The date of Your death.

**Critical Illness Insurance** will also automatically end if:

- For any reason, Your Life Insurance ends.

**Disability Insurance** will also automatically end:

- On the date the total amount of Disability Insurance benefits We have paid reaches a cumulative amount of **\$108,000**;

## **VI. PROOF OF LOSS OR CLAIM**

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

#### LIFE INSURANCE

1. Proof of claim must be submitted to CUMIS within **one (1) year** of the date of death of the Insured.
2. Upon receipt of a notice of claim, We will provide instructions and all necessary forms.
3. The claim will be settled after receiving satisfactory proof of claim.

## CRITICAL ILLNESS INSURANCE

1. Written notice must be provided within thirty (30) days of the date Your claim first arises.
2. Proof of claim must be submitted to CUMIS within **ninety (90) days** of the Diagnosis of a Critical Illness of the Insured.
3. Upon receipt of a notice of claim, We will provide You with instructions and all necessary forms.
4. Your claim will be settled after receiving satisfactory proof of claim.

## DISABILITY INSURANCE

1. Written notice must be provided within thirty (30) days of the date Your claim first arises.
2. Proof of claim must be submitted to CUMIS within **ninety (90) days** of the Total Disability of the Insured.
3. Upon receipt of a notice of claim, We will provide You with instructions and all necessary forms.
4. Your claim will be settled after receiving satisfactory proof of claim.
5. In order for a claim to be considered, You must provide proof to CUMIS or Your Group Policyholder representative not more than **12 months** after insurance terminates.

## **B. INSURER'S REPLY**

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

- pay the benefits provided for under the Group Policy; **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 loan.

## **C. APPEAL FROM INSURER'S RULING AND RECOURSES**

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

## **D. OTHER INFORMATION**

For additional information please contact the Insurer at:

CUMIS Life Insurance Company  
151 North Service Rd.  
P.O. Box 5065  
Burlington (Ontario) L7R 4C2  
Telephone: 1-888-263-5110  
www.cumis.com

or contact the financial institution where You obtained Your loan.

## **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  
Québec, Québec  
G1V 5C1

Telephone

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

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

Email: [Renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca](mailto:Renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca)

## **IX. CONFIDENTIALITY**

Information regarding Your insurability will be treated as confidential.

CUMIS Life, or its reinsurers, may, however, make a brief report thereon to MIB Inc. (Medical Information Bureau), a not-for-profit membership organization of insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its members.

If You apply to another MIB Member company for life or health insurance coverage, or a claim for benefits is submitted to such company, MIB, upon request, will supply such company with the information in its file. Upon receipt of a request from You, the Bureau will arrange disclosure of any information it may have in Your file.

If You question the accuracy of the information in MIB's file, You may contact MIB and seek a correction at:

Medical Information Bureau  
330 University Avenue, Suite 501  
Toronto, Ontario  
M5G 1R7  
866.692.6901 (TTY 866.346.3642)

CUMIS Life, or its reinsurers, may also release information in its file to other insurance companies to whom You may apply for life or health insurance, or to whom a claim for benefits may be submitted. Information for consumers about MIB may be obtained on its website at [www.mib.com](http://www.mib.com).

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

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

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

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

For more information about our privacy practices please visit [www.cumis.com](http://www.cumis.com). If You have questions about Your privacy You may call Us, toll-free, at 1.800.263.9120, send an email to Us at [privacy.officer@cumis.com](mailto:privacy.officer@cumis.com), or write to:

CUMIS Life Insurance Company  
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 after You have received the Product Guide and Certificate of Insurance, to cancel without penalties**. 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.



**431.** In accordance with Article 431 of the distribution of Financial Products and Services Act, the compensation fees paid to the distributor by the CUMIS Life Insurance Company represents forty percent of the value of the insurance premium sold.

**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 GIVE THIS CONSENT OR NOT.**

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

### **WHAT YOU NEED TO KNOW**

- We hold, today, information about You.
- We need Your consent to allow some of Our representatives to have access to this information.
- These representatives will also have access to updates on this information, made during the existence of this consent.
- These representatives will use the available information **to contact You for new financial products and services.**

### **YOU HAVE THE OPTION OF ESTABLISHING THE PERIOD OF VALIDITY OF YOUR CONSENT**

- If You give consent for an indeterminate period, You may, at all times, withdraw Your consent by revoking it. At the end of this form, You will find a revocation form which You can use as is or as a guide.
- If You give consent for a limited period of time, You may do so by establishing this period Yourself. This form provides a space, in the “specific consent” section, where You may enter the period of time desired.

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

Without this specific authorization, the distributor will not be able to use this information for purposes unrelated to the object of the file for which it was collected. **The distributor cannot compel You to give this consent nor can it refuse to do business with You on the sole ground that You refuse to provide it with specific consent; article 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 have on You, today, was collected for the following purpose:

---

---

(Object of file)

Here are the categories of information required that We would like Our representatives to use as well as the products and services they can offer You. You can find further details on the content of each of these categories on the back of this form.

Please indicate the categories for which You consent.

<b>Categories of information required to be transmitted<sup>1</sup></b>	<b>For which products or services?</b>	<b>Client Authorization</b>		<b>Initial</b>
To be filled out by distributor	To be filled out by distributor	<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
		<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
		<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
		<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
		<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	
		<input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> no	

In accordance with the *Act Respecting the Protection of Personal Information in the Private Sector*, **You may ask for access to the information We have on You.**

**SPECIFIC CONSENT**

After having read the above, I, the undersigned,  
\_\_\_\_\_ , consent to having the information held by the

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

distributor used for the purposes above stated.

This consent shall be valid until revocation or for the following period:

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

I can revoke this consent at any time by sending a notice. I can use the attached form model or use it to guide me.

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

\_\_\_\_\_  
(Date of signature of consent)

\_\_\_\_\_  
(Identification of client, address or folio no. or contract no., etc.)  
-----

WITH THIS NOTICE, I HEREBY REVOKE THE SPECIFIC CONSENT GIVEN TO THE DISTRIBUTOR

To:

\_\_\_\_\_  
(Name of distributor)

\_\_\_\_\_  
(Address of distributor)

Date:

\_\_\_\_\_

I, the undersigned, \_\_\_\_\_ hereby notify You that I am  
(Name of client)

cancelling the specific consent enabling You to use my personal information for purposes  
unrelated to the file for which it was collected.

Consent I gave You on:

\_\_\_\_\_  
(Date of consent)

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

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

\_\_\_\_\_  
(Identification of client, address or folio no. or contract no., etc.)

**GUIDE DE DISTRIBUTION**  
**ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS**  
**(À PRIME UNIQUE)**

**POLICE NUMÉRO 85033995**

# **GUIDE DE DISTRIBUTION ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS (À PRIME UNIQUE)**

## **Nom du produit d'assurance**

Assurance collective des créanciers (à Prime Unique)

## **Type de produit d'assurance**

Assurance en cas de décès, d'invalidité ou de maladie grave, pour Vos prêts

## **Nom et adresse de l'Assureur:**

**La Compagnie d'assurance-vie CUMIS** (l' « Assureur » ou « Nous »)

151, North Service Road

Casier postal 5065

Burlington (Ontario) L7R 4C2

Téléphone: 1-800-361-3936

Télécopieur: 1-800-416-7775

Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers

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

## **Table des matières**

<b>I. DÉFINITIONS</b> .....	4
<b>II. INTRODUCTION</b> .....	9
<b>III. DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT</b> .....	9
<b>A. Nature de la garantie</b> .....	9
<b>B. Bénéficiaire de l'assurance</b> .....	9
<b>C. Sommaire des caractéristiques spécifiques</b> .....	10
Personnes qui peuvent adhérer à l'assurance .....	10
Début de l'assurance .....	11
Montant des prestations d'assurance.....	11
Coût de l'assurance .....	13
Durée de l'assurance.....	13
Invalidité Totale récidivante .....	13
Refinancement.....	13
<b>IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE L'ASSURANCE</b> .....	14
<b>V. ANNULATION ET FIN DE L'ASSURANCE</b> .....	17
<b>A. Comment annuler cette assurance</b> .....	17
<b>B. Fin de l'assurance</b> .....	18
<b>VI. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE PRESTATION</b> .....	18
<b>A. Présentation d'une demande de prestation</b> .....	18
<b>B. Réponse de l'Assureur</b> .....	19
<b>C. Appel d'une décision de l'Assureur et recours</b> .....	19
<b>D. Autres renseignements</b> .....	20
<b>VII. PRODUITS SIMILAIRES</b> .....	20
<b>VIII. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS</b> .....	20
<b>IX. CONFIDENTIALITÉ</b> .....	21

## I. DÉFINITIONS

Les définitions suivantes s'appliquent à l'assurance décrite dans ce guide de distribution.

Accident Vasculaire Cérébral :	<p>Signifie la mort irréversible du tissu cérébral par suite :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• d'une hémorragie cérébrale;</li><li>• d'une embolie cérébrale;</li><li>• d'une thrombose cérébrale; <b>ou</b></li><li>• d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.</li></ul> <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>L'Accident Vasculaire Cérébral n'englobe pas les affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un accident ischémique transitoire (AIT);</li><li>• Un déficit neurologique ischémique réversible;</li><li>• Des lésions cérébrales causées par un accident, une blessure, une infection, une angéite, une maladie inflammatoire ou une migraine;</li><li>• Un problème de vaisseaux sanguins touchant les yeux, incluant un infarctus du nerf optique ou de la rétine;</li><li>• Une ischémie du système vestibulaire; et</li><li>• Un AVC silencieux asymptomatique révélé par imagerie.</li></ul>
Activement Au Travail :	<p>Signifie que Vous exerciez activement un certain emploi contre rémunération et étiez capable de remplir l'essentiel des principales fonctions liées à cet emploi au moins 20 heures par semaine durant chacune des 2 semaines consécutives précédant immédiatement la Date d'Effet de l'Assurance.</p>
Arrêt de Travail :	<p>Signifie une cessation de travail volontaire ou involontaire en raison d'une mise à pied, d'une fermeture d'établissement ou d'un conflit de travail.</p>
Assuré :	<p>Signifie une personne, Vous compris, qui remplit tous les critères d'admissibilité et adhère à un ou plusieurs types d'assurance en vertu de la Police.</p>



Cancer :	<p>Signifie une tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée et la prolifération de cellules malignes avec invasion et destruction des tissus normaux.</p> <p>Le terme Cancer comprend notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La leucémie;</li> <li>• Le lymphome;</li> <li>• La maladie de Hodgkin; <b>et</b></li> <li>• Les métastases.</li> </ul> <p>Les cancers suivants sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• Toute lésion décrite comme un carcinome non infiltrant;</li> <li>• Une dysplasie cervicale ou une néoplasie intra-épithéliale;</li> <li>• Une néoplasie intra-épithéliale prostatique;</li> <li>• Toute forme de cancer en présence d'une infection à VIH, notamment le lymphome ou la maladie de Kaposi;</li> <li>• 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;</li> <li>• Tous les cancers de la peau sans mélanomes;</li> <li>• Un microcarcinome thyroïdien inférieur à un cm de diamètre.</li> </ul>
Conseils ou Soins Médicaux :	<p>Signifie une consultation auprès de tout médecin détenant un permis d'exercice ou de tout Professionnel de la Santé agréé. Cela comprend notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins médicaux ou paramédicaux et les examens exploratoires;</li> <li>• l'usage de comprimés ou de tout médicament d'ordonnance; <b>ou</b></li> <li>• les injections reçues</li> </ul> <p>pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle Vous avez présenté une demande de prestation.</p>
Crise Cardiaque :	<p>Signifie la mort d'une partie du muscle cardiaque en raison du blocage d'un apport suffisant de sang, tel qu'illustré par de nouveaux changements électrocardiographiques à l'appui du Diagnostic de Crise Cardiaque et par une élévation du taux d'enzymes cardiaques, une douleur typique à la poitrine, des troponines cardiaques et tout autre marqueur biologique cardiaque.</p>
Date d'Effet de l'Assurance :	<p>Signifie la date à laquelle Votre assurance entre en vigueur, tel qu'indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion.</p>

Délai de Carence :	<p>Signifie le nombre de jours consécutifs devant s'écouler immédiatement après la date de l'Invalidité Totale avant que des prestations d'invalidité ne deviennent payables. Le Délai de Carence est de <b>30 jours</b>.</p> <p>Si le Délai de Carence est indiqué comme étant « non rétroactif » dans Votre Fiche d'Adhésion, Nous commençons à verser les prestations d'invalidité à l'expiration du Délai de Carence.</p> <p>Si le Délai de Carence est indiqué comme étant « rétroactif » dans Votre Fiche d'Adhésion, Nous commençons à verser les prestations d'invalidité à compter du début de Votre invalidité totale.</p>
Diagnostic et Diagnostiqué :	Signifie un diagnostic définitif émis par écrit, pour un problème de santé décelé par un médecin détenant un permis d'exercice, habilité à poser ce genre de diagnostic.
Emploi Principal :	Signifie l'emploi qui Vous procurait au moins 75 % de Votre salaire brut pendant les 12 mois précédant immédiatement la date de Votre Invalidité Totale.
Emprunteur :	Signifie une personne ou des personnes qui ont fait la demande et ont obtenu un prêt de la Titulaire de la Police.
État de Santé Antérieur (condition préexistante) :	Signifie toute affection, maladie, blessure corporelle, état de santé ou symptôme (qu'un Diagnostic ait été posé ou non) pour lequel Vous avez cherché à recevoir, ou avez reçu, des Conseils ou Soins Médicaux au cours des <b>6 mois</b> ayant précédé immédiatement la Date d'Effet de l'Assurance.
Fiche d'Adhésion :	Signifie le formulaire que Vous remplissez et signez pour adhérer à un ou plusieurs types d'assurance en vertu de la Police.
Guide de Produit et Certificat d'Assurance :	Signifie le document que la Titulaire de la Police fournit à l'Emprunteur décrivant les principales caractéristiques de l'assurance souscrite.
Intérêt Couru :	Signifie tout intérêt impayé qui s'accumule sur le prêt de l'Emprunteur à partir de la date du dernier paiement de capital et/ou d'intérêt jusqu'à la date du décès ou du Diagnostic de Maladie Grave.
Intérêt sur le Montant du Règlement :	Signifie les intérêts sur le solde impayé de Votre Prêt Assuré 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 à laquelle Vous recevez un Diagnostic de Maladie Grave ou Maladie Terminale, selon le montant de prestation d'assurance payable.

<p>Invalidité Totale et Totalement Invalide :</p>	<p>Signifie que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les <u>premiers 12 mois consécutifs</u> à compter de la date à laquelle Vous êtes devenu totalement invalide Vous êtes incapable d'accomplir l'essentiel des principales fonctions de <u>Votre Emploi Principal</u> et Vous recevez des Soins Médicaux Appropriés; <b>et</b></li> <li>• <u>après les premiers 12 mois consécutifs</u> d'invalidité totale Vous êtes incapable d'exercer les fonctions de <u>tout emploi</u> pour lequel Vous êtes raisonnablement qualifié en raison de Votre scolarité, formation ou expérience et Vous recevez des Soins Médicaux Appropriés.</li> </ul> <p>Dans tous les cas, Votre invalidité totale doit être causée par une affection, une maladie ou une blessure corporelle accidentelle médicalement attestée pour laquelle Vous recevez des Soins Médicaux Appropriés d'un médecin (détenant un permis d'exercice) que Nous jugeons acceptable.</p> <p>Nous ne Vous considérons pas totalement invalide si, à quelque moment, Vous exercez un emploi quelconque contre rémunération ou profit. Toutefois, à Notre seule discrétion et selon Notre jugement, Nous pouvons Vous permettre de prendre part graduellement à un programme de retour au travail ou à un travail de réadaptation alors que Nous continuons de verser des prestations d'invalidité.</p> <p>À tout moment durant le traitement de Votre demande de prestations ou pendant que Nous versons des prestations d'invalidité, si Nous le jugeons nécessaire, Nous pouvons exiger que Vous soyez évalué.</p>
<p>Maladie Grave :</p>	<p>Signifie une Crise Cardiaque, un Accident Vasculaire Cérébral ou un Cancer qui se manifeste pour la première fois après la Date d'Effet de l'Assurance et avant la fin de l'assurance.</p>
<p>Maladie Terminale :</p>	<p>Signifie que Votre espérance de vie est de <b>12 mois tout au plus</b>, tel que Diagnostiquée par un médecin (détenant un permis d'exercice).</p>
<p>Nous, Notre, Nos, Assureur ou CUMIS :</p>	<p>Signifie La Compagnie d'assurance-vie CUMIS.</p>
<p>Police :</p>	<p>Signifie le contrat collectif émis par la Compagnie d'assurance-vie CUMIS au Titulaire de la Police et par lequel les assurances décrites dans ce guide sont offertes à toutes les personnes qui décident d'y adhérer.</p>

Prêt Assuré :	Signifie le montant que Vous prête la Titulaire de la Police et que Vous avez décidé d'assurer. Ce montant comprend la Prime Unique si elle est ajoutée au solde de Votre prêt. Si Vous avez acquitté la Prime Unique comptant, ce montant n'est pas inclus dans Votre Prêt
Prime Unique :	Signifie la somme forfaitaire versée en un seul versement, que Vous acquittez quand Vous adhérez à l'assurance, et qui représente la prime totale pour tous les types d'assurance que Vous avez choisis.
Professionnel de la Santé :	Signifie une personne légalement autorisée à fournir des services de santé assurés, tels que définis par la <i>Loi canadienne sur la santé</i> .
Soins Médicaux Appropriés:	Signifie, pour les besoins d'Invalidité Totale, que Vous êtes sous traitement médical, incluant notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>• prendre des comprimés ou tout médicament d'ordonnance;</li> <li>• recevoir des injections pour un problème de santé quelconque; <b>et</b></li> <li>• subir des examens exploratoires en raison de l'affection, de la maladie ou de la blessure corporelle ayant motivé Votre demande de prestations.</li> </ul> Selon Notre évaluation, le traitement doit être suffisamment efficace pour Vous permettre de Vous rétablir et de restaurer rapidement Votre capacité fonctionnelle, notamment en participant à un programme d'ergothérapie, de physiothérapie ou à un programme de modification du comportement douloureux ou en recevant des services de consultation psychologique ou psychiatrique.
Titulaire de la Police :	S'entend du titulaire du contrat collectif dont le nom figure dans votre fiche d'adhésion.
Travailleur Saisonnier :	Signifie que Votre 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 Vous pouvez exercer Votre emploi.
Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie :	Signifie une prestation payable en vertu de la Police ou toute autre police d'assurance vie de CUMIS en raison d'un Diagnostic de Maladie Terminale avec une espérance de vie de 12 mois ou moins.
Vous, Votre, Vos et Vous-Même :	Signifie chaque personne : <ul style="list-style-type: none"> <li>• admissible à l'assurance en vertu de la Police;</li> <li>• dont le nom figure dans la Fiche d'Adhésion et qui a adhéré à un ou plusieurs types d'assurance en vertu de la Police;</li> <li>• pour qui Nous avons reçu la Prime Unique; <b>et</b></li> <li>• à qui Nous avons émis un Certificat d'Assurance.</li> </ul>

## **II. INTRODUCTION**

Ce guide de distribution Vous donne une description du régime d'assurance collective des créanciers 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. Enfin, 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**

#### **Assurance vie :**

En cas de décès, l'assurance remboursera le solde impayé de Votre Prêt Assuré jusqu'à un maximum de **90 000 \$**.

En cas de Maladie Terminale, l'assurance remboursera le solde impayé de Votre Prêt Assuré jusqu'à un maximum de **90 000 \$**. Ceci correspond à un Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie.

#### **Assurance en cas de Maladie Grave :**

En cas de Diagnostic de Maladie Grave, l'assurance remboursera le solde impayé de Votre Prêt Assuré jusqu'à un maximum de **90 000 \$**.

Les Maladies Graves couvertes par cette assurance sont :

- Crise Cardiaque;
- Cancer;
- Accident Vasculaire Cérébral.

#### **Assurance invalidité :**

En cas d'Invalidité Totale, l'assurance prévoit le remboursement de Vos paiements mensuels du Prêt Assuré jusqu'à un maximum de **1 500 \$ par mois** pendant une période maximale de **72 mois**. Le total des prestations payables pour cette assurance est de **108 000 \$**.

### **B. BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE**

Le bénéficiaire est l'entité à qui seront versées les prestations d'assurance. Nous verserons les prestations pour tout type d'assurance à la Titulaire de la Police.

Il existe certaines exclusions et limitations à l'assurance. Veuillez consulter la section « Exclusions, limitations ou réductions de l'assurance » pour l'information détaillée.

## C. SOMMAIRE DES CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES

### Personnes qui peuvent adhérer à l'assurance

Vous êtes admissible à adhérer à tous les types d'assurance si Vous avez l'obligation légale de rembourser Votre emprunt au Titulaire de la Police, soit en tant qu'Emprunteur, coemprunteur, cosignataire, garant ou endosseur.

#### ASSURANCE VIE

Vous êtes admissible à l'assurance vie sur Votre prêt si, à la Date d'Effet de l'Assurance, Vous remplissez toutes les conditions suivantes :

- Vous êtes âgé de **16 ans ou plus**;
- Vous êtes âgé de **moins de 70 ans; et**
- Vous n'avez pas présenté de demande de Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie en vertu de toute police ou certificat d'assurance collective des créanciers que Nous avons émis.

#### ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Vous êtes admissible à l'assurance en cas de Maladie Grave sur Votre prêt si, à la Date d'Effet de l'Assurance, Vous remplissez toutes les conditions suivantes :

- Vous avez adhéré à l'assurance vie;
- Vous êtes âgé de **16 ans ou plus**;
- Vous êtes âgé de **moins de 60 ans**;
- Le montant de Votre assurance en cas de Maladie Grave que Vous souscrivez est le même que celui de Votre assurance vie;
- Vous n'avez pas présenté de demande de prestation relative à une assurance en cas de Maladie Grave en vertu de toute police ou certificat d'assurance que Nous avons émis; **et**
- Vous n'avez pas présenté de demande de Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie en vertu de toute police ou certificat d'assurance que Nous avons émis.

#### ASSURANCE INVALIDITÉ

Vous êtes admissible à l'assurance invalidité sur Votre prêt si, à la Date d'Effet de l'Assurance, Vous remplissez toutes les conditions suivantes :

- Vous avez adhéré à l'assurance vie;
- Vous êtes âgé de **16 ans ou plus**;
- Vous êtes âgé de **moins de 70 ans**;
- Vous n'avez pas présenté de demande de Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie en vertu de toute police ou certificat d'assurance que Nous avons émis; **et**
- Vous êtes Activement Au Travail.

Si Vous n'êtes pas Activement Au Travail, Vous êtes tout de même admissible à l'assurance invalidité si Vous êtes :

- un Travailleur Saisonnier
- en Arrêt de Travail; **ou**
- en congé légal (par exemple, en congé de maternité ou en congé parental).

### **Début de l'assurance**

Si Vous remplissez les critères d'admissibilité énoncés précédemment, Votre protection d'assurance entre en vigueur à la Date d'Effet de l'Assurance indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion.

### **Montant des prestations d'assurance**

#### ASSURANCE VIE ET ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

En cas de décès, de Maladie Terminale ou de Maladie Grave, Nous paierons le moins élevé des montants suivants :

- Le solde du Prêt Assuré à la date de Votre décès ou à la date du Diagnostic de Maladie Grave ou de Maladie Terminale; **ou**
- La prestation maximale payable de **90 000 \$**.

Nous paierons également l'Intérêt Couru, tel que déterminé par le Titulaire de la Police, ainsi que l'Intérêt sur le Montant du Règlement.

Si le montant du Prêt Assuré est moins que le montant du prêt consenti par le Titulaire de la Police, la prestation sera réduite par la proportion du prêt qui n'est pas assuré.

#### *Exemple*

*Vous avez souscrit une assurance de 60 000 \$ sur Votre prêt de 80 000 \$, soit 75 %. Au moment de Votre décès ou de Diagnostic de Maladie Grave ou de Maladie Terminale, le solde de Votre prêt est de 40 000 \$. Nous paierons donc 75 % de ce 40 000 \$, soit 30 000 \$, à la Titulaire de la Police.*

## ASSURANCE INVALIDITÉ

Si Vous devenez Totalelement Invalide et le demeurez pendant tout le Délai de Carence, Votre assurance prévoit le versement d'une **prestation mensuelle**.

Le montant maximal payable par mois sera le moins élevé des montants suivants :

- La prestation mensuelle d'invalidité tel qu'indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion; **ou**
- La prestation mensuelle maximale payable de **1 500 \$**.

Les prestations mensuelles sont sujettes à :

- Une période de prestations maximale de **72 mois; et**
- Un montant cumulatif total de prestations payables de **108 000 \$**.

Pour un mois incomplet, le montant de la prestation égalera 1/30e de la prestation mensuelle indiquée dans la Fiche d'Adhésion pour chaque jour d'Invalidité Totale qui doit être indemnisé.

Le paiement des prestations en cas d'Invalidité Totale se termine à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle Vous cessez d'être Totalelement Invalide;
- à la fin de la période de prestations maximale indiquée dans Votre Fiche d'Adhésion;
- la date à laquelle le total cumulé de toutes les prestations d'invalidité que Nous versons dépasse 108 000 \$;
- la date à laquelle, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre Vous, Vous êtes confiné à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire; **et**
- la date à laquelle Votre assurance prend fin, tel que décrit à la section « Fin de l'assurance ».



### **Coût de l'assurance**

À l'adhésion, Vous devez verser, en une fois, une somme forfaitaire représentant la prime totale pour toutes les assurances que Vous avez choisies. Il s'agit de la Prime Unique.

Vous pouvez, si Vous le souhaitez, ajouter la Prime Unique au montant de Votre prêt. Dans ce cas, ce montant est ajouté au montant du Prêt Assuré. Si Vous désirez payer Votre assurance comptant, la Prime Unique n'est pas incluse dans le montant du Prêt Assuré.

### **Durée de l'assurance**

La durée de l'assurance est égale à la période de remboursement de Votre prêt, jusqu'à concurrence de **180 mois**.

### **Invalidité Totale récidivante**

Si Votre Invalidité Totale réapparaît dans les six (6) 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 ne s'applique pas.

### **Refinancement**

Si Vous acceptez de refinancer, de remplacer, de renouveler, de prolonger ou autrement de modifier (collectivement « refinancer ») Votre Prêt Assuré, Votre protection d'assurance prend fin automatiquement.

Vous pouvez cependant adhérer à une assurance de remplacement. Un nouveau Certificat d'Assurance sera alors émis pour Votre Prêt Assuré refinancé. Ce nouveau Certificat d'Assurance remplace toutes les modalités et conditions de Votre Certificat d'Assurance initial.

Si des prestations sont refusées en vertu du nouveau Certificat d'Assurance émis suite à un refinancement, Nous effectuerons un versement limité des prestations d'assurance. Les prestations seront versées selon le montant et l'étendue des garanties prévues aux termes du Certificat d'Assurance initial, dans la mesure où des prestations auraient été payables en vertu du Certificat d'Assurance initial.

#### **IV. EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE L'ASSURANCE**

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

##### **EXCLUSIONS GÉNÉRALES POUR TOUTES LES ASSURANCES**

**1. Nous ne versons pas de prestations d'assurance lorsque :**

- Vous ou Votre représentant successoral néglige de Nous fournir une déclaration et preuve de sinistre à l'intérieur du délai prescrit précisé dans le présent guide;
- Vous utilisez ou consommez de la drogue, une substance toxique, une substance intoxicante ou des stupéfiants, quels qu'ils soient, autrement que selon l'ordre et les directives d'un médecin détenant un permis d'exercice;
- Vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel;
- Vous conduisez tout type de véhicule terrestre, aquatique ou aérien qui se déplace ou fonctionne par tout moyen autre que la force musculaire, alors que le niveau d'alcool dans Votre sang dépasse la limite légale permise dans la province où Vous conduisez ledit véhicule;
- Vous commettez une erreur sur Votre âge dans Votre Fiche d'Adhésion, et si selon Votre âge réel, Vous n'auriez pas été admissible à l'assurance;
- L'information que Vous fournissez dans la Fiche d'Adhésion est inexacte et qu'elle est importante pour Votre assurance, tel que les questions sur l'état de santé, le tabagisme ou autres questions.

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

**1. Nous ne verserons aucune prestation si Votre décès, Invalidité Totale ou Maladie Grave :**

- survient dans les 6 mois après la Date d'Effet de l'Assurance; et
- résulte directement ou indirectement d'un État de Santé Antérieur (condition préexistante) dans les 6 mois précédant immédiatement la Date d'Effet de l'Assurance.

##### **EXCLUSION RELIÉE À L'ASSURANCE VIE**

- 1. Nous ne verserons aucune prestation et Nous n'offrirons aucun remboursement de prime, si Vous Vous suicidez au cours des deux (2) années suivant la Date d'Effet de l'Assurance, que Vous soyez sain d'esprit ou non.**

## **MISE EN GARDE**

### **EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE**

**1. Nous ne verserons aucune prestation si :**

- **Le Diagnostic de Votre problème de santé ne correspond pas parfaitement aux exigences de la définition de Crise Cardiaque, d'Accident Vasculaire Cérébral ou de Cancer; ou**
- **Le Diagnostic est précisé dans la liste des exclusions relatives à l'Accident Vasculaire Cérébral ou au Cancer; ou**
- **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.**

**2. Nous ne verserons aucune prestation 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 en cas de Maladie Grave et Vous remboursons toute prime versée pour cette protection d'assurance.**

**3. Nous ne verserons aucune prestation si :**

- **Vous avez eu un « cancer quelconque » à tout moment avant la Date d'Effet de l'Assurance (« cancer quelconque » signifie tout forme de cancer, et non pas seulement les types de cancer couverts par cette assurance); ou**
- **Vous avez présenté des signes ou symptômes apparents d'un « cancer quelconque »; ou**
- **Vous avez tenté d'obtenir ou obtenu des Conseils ou Soins Médicaux en lien avec les signes ou symptômes apparents d'un « cancer quelconque ».**

### **EXCLUSIONS RELIÉES À L'ASSURANCE INVALIDITÉ**

**1. Nous ne verserons aucune prestation si Votre Invalidité Totale :**

- **Débute avant la Date d'Effet de l'Assurance indiquée sur Votre Fiche d'Adhésion;**
- **Résulte, directement ou indirectement, d'une automutilation ou d'une tentative de Vous enlever la vie, que Vous soyez sain d'esprit ou non;**
- **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, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre Vous, à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire;**
- **A commencé après que Votre protection d'assurance a pris fin; ou**

## MISE EN GARDE

- Selon les dispositions applicables de la Police et tel qu'indiqué dans Votre Fiche d'Adhésion, 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.

## LIMITATIONS GÉNÉRALES POUR TOUTES LES ASSURANCES

1. Lorsque Vous faites une demande de prestation d'assurance dans les deux premières années d'assurance, Nous vérifions l'information que Vous avez fournie dans Votre Fiche d'Adhésion afin de confirmer si elle est exacte et complète.
2. Si Vous commettez une erreur sur Votre âge dans Votre Fiche d'Adhésion, mais que Vous êtes toujours admissible à l'assurance compte tenu de Votre âge réel :
  - Nous ajustons toute prestation d'assurance payable selon le montant d'assurance que Vous auriez souscrit au moyen de Votre Prime Unique calculée selon Votre âge réel.

## LIMITATIONS RELIÉES À L'ASSURANCE INVALIDITÉ

1. Si Vous n'êtes pas Activement Au Travail au moment de l'adhésion à l'assurance invalidité en raison d'un Arrêt de Travail ou parce que Vous êtes en congé légal :
  - Votre admissibilité aux prestations d'assurance invalidité est reportée, et
  - Vous êtes admissible aux prestations d'assurance invalidité une fois que Vous êtes de nouveau au travail, au moins 20 heures par semaine pendant deux semaines consécutives.

## V. ANNULATION ET FIN DE L'ASSURANCE

### A. COMMENT ANNULER CETTE ASSURANCE

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 de réception du Guide de Produit et Certificat d'Assurance, pour l'annuler et recevoir un remboursement de toute Prime payée.

Vous pouvez également annuler Votre assurance à tout moment après **30 jours**. Dans ce cas, Vous ne recevrez pas le remboursement complet de Votre prime. Vous n'avez qu'à envoyer une demande d'annulation datée et signée à la Titulaire de la Police. Vous pouvez annuler tout type de protection (assurance-vie, maladie grave ou invalidité).

Votre assurance sera annulée à la **dernière des dates suivantes:**

- La date inscrite sur Votre demande d'annulation; **ou**
- La date à laquelle la Titulaire de la Police reçoit Votre demande écrite d'annulation.

**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.**

### Remboursement de la Prime

Si vous demandez l'annulation de Votre assurance après la période d'examen gratuit de 30 jours et avant le dernier jour de la durée l'assurance, Nous effectuons un remboursement partiel de la Prime Unique.

Vous recevrez un remboursement de la Prime déterminée selon la formule suivante :

### Remboursement selon la règle de 78

$$\frac{(PU - FC) * T * (T + 1)}{N * (N + 1)}$$

Où :

PU : Prime Unique;

FC : frais de certificat;

T : nombre total de mois restants de Votre période d'assurance initiale, arrondi à la hausse ou à la baisse au mois entier le plus près;

N : nombre total de mois de Votre période d'assurance initiale.

## **B. FIN DE L'ASSURANCE**

L'assurance vie, l'assurance en cas de Maladie Grave et l'assurance invalidité prennent fin à la première des éventualités suivantes:

- À l'expiration de la durée maximale de la protection que Vous avez choisie, jusqu'à un maximum de **180 mois**;
- La date à laquelle Vous atteignez l'âge de **75 ans**;
- 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 remboursez ou acquittez Votre Prêt Assuré;
- La date à laquelle Vous renouvelez ou refinancez Votre Prêt Assuré;
- La date à laquelle on Vous libère, par effet de la loi, de Votre obligation légale de rembourser Votre Prêt Assuré (que ce soit à la libération d'une faillite ou autrement);
- La date à laquelle Vous transférez ou cédez Votre Prêt Assuré à un créancier autre que le Titulaire de la Police;
- La date à laquelle Vous omettez d'effectuer plus de six (6) versements mensuels, consécutifs ou non, sur Votre Prêt Assuré;
- La date à laquelle Nous payons une prestation d'assurance vie, un Versement Anticipé de la Prestation d'Assurance Vie ou une prestation d'assurance en cas de Maladie Grave; **et**
- La date de Votre décès.

L'assurance en cas de Maladie Grave prend également fin lorsque :

- Pour quelque raison que ce soit, Votre assurance vie prend fin.

L'assurance invalidité prend également fin lorsque :

- La somme totale cumulative des prestations d'assurance invalidité que Nous avons versées atteint la prestation cumulative maximale payable indiquée dans Votre Fiche d'adhésion, jusqu'à un maximum de **108 000 \$**.

## **VI. PREUVE DE SINISTRE OU DEMANDE DE PRESTATION**

### **A. PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE PRESTATION**

#### ASSURANCE VIE

1. Une preuve de sinistre doit être présentée à CUMIS à l'intérieur d'un délai **d'un (1) an** suivant la date du décès de l'Assuré.
2. À la réception d'un avis de sinistre, Nous fournirons les instructions et les formulaires nécessaires.

3. La demande de prestation sera réglée dès la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.

#### ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

1. Une déclaration écrite doit être fournie au cours des trente (30) jours suivant la date du sinistre.
2. Une preuve de sinistre doit être présentée à CUMIS au cours des **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date du Diagnostic de la Maladie Grave de l'Assuré.
3. À la réception d'un avis de sinistre, Nous Vous fournirons les instructions et les formulaires nécessaires.
4. Votre demande de prestation sera réglée dès la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.

#### ASSURANCE INVALIDITÉ

1. Une déclaration écrite doit être fournie au cours des trente (30) jours suivant la date du sinistre.
2. Une preuve de sinistre doit être présentée à CUMIS au cours des **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date de l'Invalidité Totale de l'Assuré.
3. À la réception d'un avis de sinistre, Nous Vous fournirons les instructions et les formulaires nécessaires.
4. Votre demande d'indemnité sera réglée dès la réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.
5. Pour qu'une demande de prestation soit considérée, Vous devez soumettre Votre preuve à CUMIS ou à Votre Titulaire de la Police moins de **12 mois** après la terminaison de l'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 la Police; **ou**
- Vous communiquerons par écrit les raisons pour lesquelles Nous croyons qu'aucune prestation n'est payable.

Les prestations seront versées à la Titulaire de la Police et serviront à réduire ou payer Votre prêt.

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

Dans le cas d'un désaccord entre Vous et Nous ou la Titulaire de la Police, Vous pouvez consulter l'*Autorité des marchés financiers* ou Votre propre conseiller juridique.

## **D. AUTRES RENSEIGNEMENTS**

Pour plus de renseignements, communiquez avec l'Assureur:

La Compagnie d'assurance-vie CUMIS  
151, North Service Rd  
Case postale 5065  
Burlington (Ontario) L7R 4C2  
Téléphone: 1-888-263-5110  
www.cumis.com

ou contactez l'institution financière où Vous avez obtenu Votre prêt.

## **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](http://www.lautorite.qc.ca)

Courriel : [information@lautorite.qc.ca](mailto:information@lautorite.qc.ca)



## **IX. CONFIDENTIALITÉ**

Les renseignements concernant Votre assurabilité sont traités avec confidentialité.

CUMIS-Vie, ou ses réassureurs, peuvent cependant présenter un bref rapport au Bureau des renseignements médicaux, une association mutuelle sans but lucratif composée de compagnies d'assurance vie qui communique des renseignements au nom de ses membres.

Si Vous faites une demande d'assurance vie ou maladie auprès d'un autre membre du Bureau, ou une demande de règlement, sur demande, le Bureau fournit à la compagnie membre les renseignements qu'il possède dans ses dossiers. Sur réception d'une demande de Votre part, le Bureau fait en sorte de communiquer toute information qu'il pourrait posséder dans Votre dossier.

Si Vous doutez de l'exactitude de l'information contenue dans les dossiers du Bureau, Vous pouvez communiquer avec le Bureau et demander qu'elle soit corrigée, à l'adresse suivante :

Bureau des renseignements médicaux  
330, avenue University, bureau 501  
Toronto, Ontario M5G 1R7  
866.692.6901 (TTY 866.346.3642)

CUMIS-Vie, ou ses réassureurs, peuvent également communiquer l'information contenue dans leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance auprès de qui Vous pourriez faire une demande d'assurance vie ou maladie, ou à qui une demande de règlement pourrait être présentée. Pour de l'information aux consommateurs sur le Bureau des renseignements médicaux, visitez le [www.mib.com](http://www.mib.com).

### **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 de la Police et à ses sociétés affiliées, aux sociétés affiliées de CUMIS-Vie ou à toute entité avec qui le Titulaire de la Police ou CUMIS-Vie a pris des dispositions en vue de Vous informer des produits et services pouvant Vous intéresser. Vous pouvez décider que Vous ne voulez pas 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](http://www.cumis.com). Pour toute question sur Vos renseignements personnels, appelez-nous sans frais au 1.800.263.9120, envoyez-nous un courriel à [privacy.officer@cumis.com](mailto:privacy.officer@cumis.com) ou écrivez-nous à :

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

**NOTES PERSONNELLES :**

<b>ASSURANCE VIE</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>ASSURANCE INVALIDITÉ</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE</b>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>non</b> <input type="checkbox"/>
Personnes assurées: <b>moi</b> <input type="checkbox"/>	<b>Coemprunteur</b> <input type="checkbox"/>	<b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b>
Montant maximal de l'assurance : _____		
Durée de l'assurance : _____		
Prime Unique : _____		
Autre : _____		

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

### AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Article 440 de la loi concernant la distribution de produits et services financiers.

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

- La Loi Vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que Vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, sans pénalités, dans les 10 jours de sa signature. L'Assureur Vous offre **30 jours suivant la réception de Votre Guide de Produit et Certificat d'Assurance, pour annuler sans pénalités**. Pour ce faire, Vous devez envoyer un avis par courrier recommandé avant ce délai. Vous pouvez utiliser le modèle ci-joint à cet effet.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que Vous perdiez certaines conditions avantageuses découlant de la signature de ce contrat; veuillez Vous renseigner auprès de Votre distributeur ou consulter Votre contrat.
- Après l'expiration du délai de **30 jours**, Vous pouvez toujours annuler Votre assurance en tout temps, mais des pénalités peuvent s'appliquer.

Pour de plus amples informations, veuillez 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, si indiqué)

Entré en vigueur le : \_\_\_\_\_  
(Date de signature du contrat)

à : \_\_\_\_\_  
(Endroit de la signature du contrat)

\_\_\_\_\_  
(Nom du client) (Signature du client)

Le distributeur doit remplir cette section au préalable.

Cet avis doit être envoyé par courrier recommandé.

**431.** En accord avec l'article 431 de la *loi sur la distribution de produits et services financiers*, les frais de compensation payés au distributeur par la compagnie d'assurance-vie CUMIS représentent quarante pourcent de la valeur de la prime d'assurance vendue.

**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 SPÉCIFIQUE

**VOUS ÊTES LIBRE DE DONNER VOTRE CONSENTEMENT OU NON.**

Sections 92 et 437 de la *loi sur la distribution de produits et services financiers*

### **CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR**

- Nous tenons, aujourd'hui, de l'information sur Vous.
- Nous avons besoin de Votre consentement pour permettre à nos représentants d'avoir accès à cette information.
- Ces représentants auront également accès aux mises à jour de cette information, faites au cours de l'existence de ce consentement.
- Ces représentants se serviront de cette information pour **Vous contacter pour de nouveaux produits et services financiers.**

### **VOUS AVEZ L'OPTION D'ÉTABLIR LA PÉRIODE DE VALIDITÉ DE VOTRE CONSENTEMENT**

- Si Vous donnez Votre consentement, Vous pouvez, en tout temps, retirer Votre consentement en le révoquant. À la fin de ce formulaire, Vous trouverez un formulaire de révocation que Vous pouvez utiliser ou prendre comme modèle.
- Si Vous donnez Votre consentement pour une période limitée, Vous devez établir la période Vous-Même. Le formulaire contient un espace à cet effet, dans la section « consentement spécifique », où Vous pouvez inscrire la période de temps désirée.

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

Sans autorisation spécifique, le distributeur ne peut pas utiliser l'information pour des raisons qui ne sont liées à l'objet du dossier pour lequel elles ont été collectées. **Le distributeur ne peut pas Vous contraindre de donner ce consentement et ne peut refuser de faire affaires avec Vous simplement parce que Vous refusez de donner ce consentement spécifique; 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.

L'information que Nous détenons sur Vous, aujourd'hui, ont été collectées pour les raisons suivantes :

---

---

---

(Objet du dossier)

Voici les catégories d'information requises que Nous souhaitons transmettre à Nos représentants ainsi que les produits et services qu'ils peuvent Vous offrir. Vous trouverez davantage de détails sur le contenu de chacune de ces catégories au verso de ce formulaire.

Veillez indiquer les catégories auxquelles Vous consentez.

<b>Catégories d'information à transmettre</b>	<b>Pour quels produits ou services ?</b>	<b>Autorisation du client</b>	<b>Initiales</b>
À remplir par le distributeur	À remplir par le distributeur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

En accord avec la *loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*,  
**Vous pouvez demander l'accès à l'information que Nous avons sur Vous.**



## CONSENTEMENT SPÉCIFIQUE

Après avoir lu ce qui précède, Je, soussigné,

\_\_\_\_\_ , consent à ce que l'information détenue par

\_\_\_\_\_  
(Nom du client)

distributeur soit utilisée pour les raisons mentionnées plus haut.

Ce consentement demeure en vigueur jusqu'à sa révocation ou pour la période suivante:

\_\_\_\_\_  
JJ/MM/AA (à remplir par le client)

Je peux révoquer mon consentement en tout temps en envoyant un avis. Je peux utiliser formulaire ci-joint ou l'utiliser comme modèle.

\_\_\_\_\_  
(Signature du client)

\_\_\_\_\_  
(Date de signature du consentement)

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

PAR CET AVIS, JE RÉVOQUE LE CONSENTEMENT SPÉCIFIQUE DONNÉ AU DISTRIBUTEUR.

À :

\_\_\_\_\_  
(Nom du distributeur)

\_\_\_\_\_  
(Adresse du distributeur)

Date : \_\_\_\_\_

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ Vous notifie que j'annule  
(Nom du client)

le consentement spécifique Vous permettant d'utiliser mes renseignements personnels pour des raisons qui ne sont pas liées au dossier pour lequel elles ont été collectées.

Consentement donné: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Date du consentement)

\_\_\_\_\_  
(Nom du client)

\_\_\_\_\_  
(Signature du client)

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