

**Certificat d'assurance - Polices collectives n<sup>OS</sup> CPP042017 et CPPL042017**

L'Entente et le certificat d'assurance représentent vos documents d'assurance. Le présent certificat d'assurance décrit les couvertures suivantes qui sont offertes au titre du Régime de protection de crédit (le « Régime ») :

- Couverture en cas de décès
- Couverture en cas de Blessure ou de Maladie
- Couverture en cas de Maladie grave
- Couverture en cas de Perte d'emploi involontaire

Dans le présent certificat d'assurance, certains termes ont une signification précise et particulière. Par exemple, les termes « nous », « notre », « nos » et la « compagnie » signifient American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (« ABLAC ») et/ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (« ABIC »), compagnies d'assurance de la couverture particulière, désignées individuellement ou collectivement, selon le cas. ABLAC, ABIC et leurs sociétés affiliées exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination sociale Assurant. Les termes « vous », « votre » et « vos » signifient la personne assurée nommée sur l'Entente que vous avez signée avec le Créancier lorsque la prime a été indiquée et que la prime est payée conformément au certificat d'assurance. Veuillez consulter le présent certificat d'assurance et la section des définitions à la fin de ce certificat pour connaître les autres définitions.

**INTRODUCTION**

Vous êtes couvert à la Date d'entrée en vigueur de l'assurance au titre de la police d'assurance collective des créanciers (la police collective) émise par nous au Créancier, sous réserve des modalités de couverture décrites dans le présent certificat d'assurance.

L'objectif du présent certificat d'assurance est de vous fournir un résumé des dispositions de la police collective. Cependant, nous payons des prestations selon le libellé de la police collective. En cas de conflit ou de manque de cohérence entre les stipulations du présent certificat d'assurance et de la police collective, celles de la police collective auront préséance sauf stipulation contraire d'une loi applicable. Le présent certificat d'assurance remplace tout autre certificat d'assurance qui vous a été émis antérieurement relativement à la police collective.

**Définitions**

Dans le cadre du présent certificat d'assurance, les termes suivants ont la signification suivante :

« **Assureur** » signifie (1) American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride pour les assurances Perte d'emploi involontaire et Blessure/Maladie; et (2) American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride pour les assurances vie et Maladie grave.

« **Blessure** » signifie une blessure corporelle, une plaie ou un traumatisme, résultant directement et indépendamment de toutes autres causes d'un accident causé par un moyen externe, violent et accidentel. Nous définissons accident comme étant un événement soudain, imprévu et fortuit qui a lieu pendant que vous êtes assuré au titre de la police collective.

« **Condition préexistante** » signifie une condition médicale, un symptôme ou une maladie diagnostiquée ou non diagnostiquée pour lesquels vous avez reçu un avis médical, une consultation, une investigation, un diagnostic ou pour lesquels un traitement a été nécessaire ou

recommandé par un médecin, au cours des 12 mois précédant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance.

« **Créancier** » signifie easyfinancial Services Inc.

« **Date d'entrée en vigueur de l'assurance** » signifie la première des dates suivantes : la date figurant sur l'Entente ou la date à laquelle les fonds sont avancés.

« **Entente** » signifie une convention de prêt personnel non garanti ou un contrat de vente à tempérament non garanti du Prêteur signé(e) par vous et joint(e) au présent certificat d'assurance.

« **Employé saisonnier** » signifie une personne assurée dont l'emploi habituel est lié aux conditions saisonnières et pour lequel une mise à pied ou une suspension de travail est considérée être normale et prévue selon l'horaire de travail.

« **Hôpital** » signifie un établissement agréé qui est exploité dans le but de fournir des soins et des traitements aux personnes blessées et malades et qui :

1. fournit des installations organisées pour le diagnostic et la chirurgie importante;
2. assure des services infirmiers 24 heures sur 24 par des infirmiers autorisés et la présence régulière d'un médecin;
3. n'est pas principalement exploité ni comme une maison de repos, ni comme un foyer de soins de longue durée et ni comme un endroit pour soigner et traiter les personnes aveugles ou sourdes et les malades mentaux;
4. n'est pas principalement exploité comme un centre de soins pour les personnes toxicomanes ou alcooliques à moins que l'établissement soit admissible à recevoir des paiements au titre d'un régime d'hospitalisation provincial.

« **Hospitalisation** » signifie un séjour dans un Hôpital en tant que malade hospitalisé.

« **Maladie** » signifie une maladie ou affection qui se manifeste pour la première fois pendant que vous êtes assuré au titre de la police collective. « Maladie » inclut maladie, conditions ou troubles nerveux, psychologiques, émotifs ou comportementaux.

« **Médecin** » signifie un docteur en médecine (*Medicinæ Doctor*) dûment habilité à exercer la médecine, ou tout autre médecin praticien reconnu par le Collège royal des médecins et chirurgiens de la province ou du pays où le traitement est prodigué. Le médecin doit être une personne autre que vous-même ou qu'un membre de votre famille immédiate. La famille immédiate inclut le conjoint, les parents, le conjoint de l'un des parents, l'enfant ou l'enfant du conjoint, le frère ou la sœur, le demi-frère ou la demi-sœur, le beau-frère ou la belle-sœur, le beau-père ou la belle-mère, et le beau-fils ou la belle-fille.

« **Personne employée** » signifie une personne qui travaillait à plein temps contre un salaire ou une autre forme de rémunération pour un ou plusieurs employeurs, à raison d'au moins 20 heures par semaine immédiatement avant la date à laquelle votre chômage involontaire a commencé. Le travail de 20 heures doit être continu et ne doit pas être calculé en moyenne.

« **Perte d'emploi involontaire** » signifie :

1. cessation d'emploi sans cause; ou
2. mise à pied; ou
3. cessation d'emploi en raison d'une Maladie.

**NOTRE CONTRAT AVEC VOUS**

Si votre prime est indiquée sur votre Entente et qu'elle est payée conformément au certificat d'assurance et que l'information que vous avez fournie au moment d'adhérer est complète et exacte, nous consentons à payer les prestations suivantes au Créancier, sous réserve des modalités et des exclusions applicables de la présente assurance :

1. la prestation de décès décrite ci-dessous, si vous décédez pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective;
2. la prestation de Blessure ou de Maladie, décrite ci-dessous, si vous subissez un sinistre particulier pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective;
3. la prestation de Maladie grave décrite ci-dessous, si vous subissez un sinistre particulier pendant que vous êtes couvert

au titre de la police collective;  
4. la prestation de Perte d'emploi involontaire décrite ci-dessous, si vous perdez votre emploi involontairement pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective.

**Remarque :** Aucune assurance n'est disponible et aucune prime ne sera facturée relativement à une Entente effectuée dans le cadre d'un plan promotionnel de financement. L'assurance connexe deviendra disponible et les primes commenceront d'être facturées relativement à une telle Entente après l'expiration du plan promotionnel de financement.

#### **QUI PEUT ADHÉRER À CE RÉGIME D'ASSURANCE**

Si vous êtes nommé sur l'Entente du Créancier, vous pouvez adhérer au Régime sous réserve des conditions d'admissibilité générales énumérées ci-dessous.

En ce qui concerne l'adhésion à cette couverture d'assurance, son annulation et ses modifications, nous avons le droit de nous fier à l'information et aux instructions que vous nous avez fournies. Tous les avis et toute autre correspondance se rapportant à cette assurance seront envoyés à votre adresse figurant dans les dossiers du Créancier.

Le Régime est volontaire. Vous n'avez pas besoin de l'acheter pour obtenir un financement.

#### **DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE**

La Date d'entrée en vigueur de l'assurance est la première des dates suivantes : la date figurant sur l'Entente ou la date à laquelle les fonds sont avancés. Toutes les périodes de couverture commencent et prennent fin à 00 h 01 à votre dernière adresse, telle qu'indiquée dans les dossiers du Créancier.

#### **PRIMES**

##### **Modalités de paiement**

Vous avez accepté que nous facturions la prime indiquée sur votre Entente pour la couverture au titre du Régime.

Nous avons le droit de changer la prime de temps en temps. Les primes sont payables pour chaque Billet à ordre que vous avez signé.

##### **CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ GÉNÉRALES**

Il y a des conditions particulières qui s'appliquent à chacune des couvertures particulières offertes au titre de ce régime d'assurance. Veuillez consulter la description de la couverture applicable ci-dessous pour ces conditions particulières. Les conditions d'admissibilité générales suivantes s'appliquent à toutes les couvertures au titre du Régime. Vous devez répondre à tous les critères suivants pour être couvert ou être admissible à recevoir les prestations au titre de cette assurance :

1. Vous devez être un résident canadien à la date où vous faites la demande de cette assurance.
2. Vous devez être âgé de moins de 70 ans à la date où vous faites la demande de cette assurance.
3. Vous devez avoir accepté les modalités de l'Entente.

#### **EXCLUSIONS GÉNÉRALES**

##### **Exclusions**

Nous ne payons aucune prestation au titre de cette assurance si votre décès, votre Blessure, votre Maladie, votre Maladie grave ou votre Perte d'emploi involontaire sont le résultat direct ou indirect de l'une des conditions suivantes :

1. une Condition préexistante (nous renoncerons à cette exclusion si votre décès, votre Blessure, votre Maladie ou votre Maladie grave ont lieu plus de 3 mois après la Date d'entrée en vigueur de l'assurance);
2. une Blessure intentionnellement auto-infligée;
3. un suicide ou une tentative de suicide en étant sain d'esprit ou non (pour la prestation de décès, cette exclusion est seulement applicable dans les 24 premiers mois suivant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance);
4. la perpétration ou une tentative de perpétration par vous d'un acte criminel qui, s'il était jugé par un tribunal, serait considéré comme illégal dans le cadre des lois du ressort territorial où il a été commis;
5. un voyage ou un vol à bord d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne sauf à titre de passager payant à bord d'un transporteur aérien régulier agréé;
6. un accident, une Blessure ou une Maladie qui survient après que vous avez consommé, utilisé ou que vous vous êtes fait administrer une drogue, un médicament, un narcotique, une substance toxique ou toute autre substance, à l'exception de tout médicament utilisé en stricte conformité à l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste agréé;
7. la conduite d'un véhicule sous l'influence d'une substance intoxicante ou si la concentration d'alcool dans votre sang est supérieure à la limite légale dans le ressort territorial où l'accident a eu lieu;
8. une guerre déclarée ou non déclarée, ou toute contamination nucléaire, chimique ou biologique en raison de n'importe quel acte de terrorisme.

##### **PAIEMENT MAXIMAL DE PRESTATION**

Aucune prestation n'est payable en vertu d'une disposition quelconque des couvertures si la prestation de décès, 100 % de la prestation de Blessure ou de Maladie, la prestation de Maladie grave ou la prestation de Perte d'emploi involontaire est payée ou a été payée pour votre décès, votre Blessure, votre Maladie, votre Maladie grave ou votre Perte d'emploi involontaire au titre de cette assurance.

#### **COUVERTURE EN CAS DE DÉCÈS (ASSURANCE VIE) OU DE MALADIE GRAVE**

##### **Ce que nous payons**

Le montant de la prestation de décès ou de Maladie grave correspondra au **MOINS ÉLEVÉ** des montants suivants :

1. le montant du solde impayé dû au titre de votre Entente à la date de votre décès ou à la date où vous avez reçu votre diagnostic de Maladie grave, ou
2. le montant de 30 000 \$ représentant le montant maximal que nous payons en cas de décès ou de Maladie grave.

##### **Conditions particulières de prestation**

1. La prestation de décès sera payée seulement si vous décédez avant d'atteindre l'âge de 75 ans.
2. La prestation de Maladie grave sera payée seulement si, pendant que vous êtes assuré pour la prestation de Maladie grave, vous recevez un diagnostic de cancer qui met votre vie en danger, vous êtes victime d'un accident vasculaire cérébral, d'un infarctus du myocarde ou vous souffrez d'une insuffisance rénale; ou vous recevez une greffe d'un organe vital, pour la première fois dans votre vie et avant d'atteindre l'âge de 70 ans. La prestation de Maladie grave ne sera pas payée plus d'une fois.
3. Si nous payons la prestation de Maladie grave, nous ne paierons pas la prestation de décès.

##### **Exclusions**

Nous ne paierons pas la prestation de décès si votre décès ou votre Maladie grave est le résultat direct ou indirect de l'une des exclusions énumérées dans la section « Exclusions générales ».

#### **COUVERTURE EN CAS DE BLESSURE OU DE MALADIE**

##### **Ce que nous payons**

Si vous subissez une Blessure ou êtes atteint d'une Maladie, nous paierons la prestation calculée, tel qu'expliqué dans le *Tableau de prestation de Blessure et de Maladie* ci-dessous, sous réserve des restrictions suivantes :

1. En cas de **Blessure** seulement, si vous avez subi une fracture d'un ou de plusieurs os ou de deux ou de plusieurs doigts relativement à la même Blessure, à l'exception des orteils, et si une telle fracture nécessite une fixation, une chirurgie ouverte de greffage ou une fixation métallique et que vous étiez incapable d'effectuer vos activités habituelles, OU
2. En raison d'une **Blessure** ou d'une **Maladie**, vous étiez incapable d'effectuer vos activités habituelles pendant 10 jours consécutifs, et après avoir été incapable d'effectuer vos activités habituelles pendant 10 jours consécutifs et pour soit la Blessure soit la Maladie, dès réception d'un avis de sinistre documenté approprié, le montant maximal de la prestation correspondra au **MOINS ÉLEVÉ** des montants suivants :

- a. six paiements de prestation mensuelle, ou
- b. le montant du solde impayé dû au titre de votre Entente à la date de votre Blessure ou de votre Maladie, ou
- c. 9 000 \$ par réclamation.

#### Tableau de prestation de Blessure ou de Maladie

1. Nous effectuerons un paiement initial selon votre mode de paiement correspondant à 1 versement mensuel, à 2 versements à chaque 2 semaines ou à 4 versements hebdomadaires; et
2. Par la suite, pour chaque période de 30 jours, si vous demeurez incapable d'effectuer vos activités habituelles et si vous fournissez les documents de sinistre appropriés, nous effectuerons un paiement supplémentaire correspondant à 1 versement mensuel, à 2 versements à chaque 2 semaines ou à 4 versements hebdomadaires, sous réserve du montant maximal de prestation indiqué ci-dessus.

#### Conditions particulières de prestation

La prestation de Blessure ou de Maladie ne sera payée que si vous subissez un sinistre décrit dans le Tableau de prestation de Blessure et de Maladie pendant que vous êtes couvert au titre de la police collective.

#### Exclusions

Nous ne paierons pas la prestation de Blessure ou de Maladie si votre Blessure ou votre Maladie est le résultat direct ou indirect de l'une des exclusions énumérées dans la section « Exclusions générales ».

#### Preuve de sinistre

En plus de la preuve générale en matière de sinistre mentionnée dans les sections « Avis de sinistre », « Formulaires de demande de règlement et preuve de sinistre » du présent certificat d'assurance, les conditions de preuve particulières suivantes s'appliquent.

À titre justificatif pour votre demande de règlement, nous demandons une déclaration écrite de la part de votre médecin et/ou de l'Hôpital où vous avez été soigné, sous une forme que nous jugeons satisfaisante, attestant que vous avez subi un sinistre particulier décrit dans le *Tableau de prestation de Blessure ou de Maladie*.

Nous devons recevoir l'avis de sinistre dans les 30 jours suivant la date de la Blessure ou Maladie pour laquelle la demande de règlement est effectuée et la preuve de sinistre dans les 90 jours suivant la date de la Blessure ou Maladie. Le défaut de fournir un avis de sinistre ou une preuve de sinistre dans le délai prescrit n'annulera pas la demande de règlement si l'avis ou la preuve sont fournis aussitôt que raisonnablement possible et jamais plus tard qu'un an à partir de la date de la Blessure ou Maladie s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir l'avis ou la preuve dans le délai prescrit.

#### COUVERTURE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

##### Ce que nous payons

Si votre Perte d'emploi involontaire est la conséquence d'une mise au pied ou d'une cessation de votre emploi sans motif et sous réserve des documents appropriés que nous avons reçus concernant le sinistre, nous paierons la prestation calculée comme décrite dans le *Tableau de prestation de Perte d'emploi involontaire* ci-dessous.

Le montant maximal de prestation de Perte d'emploi involontaire correspondra au **MOINS ÉLEVÉ** des montants suivants :

1. six paiements de prestation mensuelle, ou
2. le montant du solde impayé dû au titre de votre Entente à la date de votre Perte d'emploi involontaire, ou
3. 9 000 \$ par réclamation, ou
4. NUL, si :
  - a. vous avez été une Personne employée pendant moins de 90 jours depuis la fin de votre période de chômage involontaire; ou
  - b. le paiement d'une prestation serait supérieur au paiement de prestation maximale au titre de la police collective; ou
  - c. une prestation de Blessure ou de Maladie a déjà été payée.

##### Tableau de prestation de Perte d'emploi involontaire

1. Nous effectuerons un paiement initial selon votre mode de paiement correspondant à 1 versement mensuel, à 2 versements à chaque 2 semaines ou à 4 versements hebdomadaires; et
2. Par la suite, pour chaque période de 28 jours, si vous êtes toujours en chômage involontaire et que vous fournissez les documents de sinistre appropriés (preuve de l'assurance-emploi ou de l'aide sociale), nous effectuerons un paiement supplémentaire correspondant à 1 versement mensuel, à 2 versements à chaque 2 semaines ou à 4 versements hebdomadaires, sous réserve du montant maximal de prestation indiqué ci-dessus.

##### Conditions particulières de prestation

La prestation de Perte d'emploi involontaire ne sera payée que si :

1. vous subissez une Perte d'emploi involontaire et que vous étiez une Personne employée immédiatement avant le début de votre chômage involontaire;
  - a. pendant au moins 90 jours ouvrables consécutifs; ou
  - b. pendant 60 à 85 jours consécutifs auprès de votre employeur actuel; ou
  - c. vous n'êtes pas admissible à l'assurance-emploi mais vous avez travaillé pour le même employeur pendant au moins 90 jours ouvrables consécutifs; ou
2. votre emploi a cessé en raison d'une Maladie.

Le jour suivant votre dernier jour de travail, tel qu'indiqué sur votre avis de mise

à pied ou de cessation d'emploi, sera considéré être la date de Perte d'emploi involontaire, quelle que soit la date de prise d'effet de la mise au pied ou de la cessation d'emploi indiquée dans un tel avis.

Pour une demande de prestations, vous devez subir une Perte d'emploi involontaire avant votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

##### Exclusions

Nous ne payerons pas la prestation de Perte d'emploi involontaire :

1. si la perte d'emploi est en conséquence d'une Maladie qui est le résultat direct ou indirect de l'une des exclusions énumérées dans la section « Exclusions générales »;
2. si vous êtes un Employé saisonnier;
3. si vous perdez votre emploi involontairement dans les 2 jours ouvrables suivant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance (à moins que vous soyez assuré au titre de la présente police collective immédiatement avant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance pour une Entente antérieure); ou
4. si vous saviez que vous alliez perdre votre emploi involontairement lors de votre demande de couverture; ou
5. si votre Perte d'emploi involontaire est le résultat direct ou indirect des situations suivantes :
  - a. démission ou départ à la retraite de votre emploi,
  - b. congédiement de votre emploi avec motif, ou
  - c. conflit de travail ou lock-out.
6. pour Maladie ou Blessure pour lesquelles des prestations ont été payées ou seront payables en vertu d'une autre disposition de prestation du présent certificat d'assurance.

Nous définissons un « conflit de travail » comme un arrêt de travail par un groupe d'employés, auquel vous appartenez, aux fins de limiter la production d'un ou de plusieurs employeurs. Nous définissons un « lock-out » comme une décision prise par un employeur de fermer temporairement votre lieu de travail ou de suspendre votre emploi sans y mettre fin.

##### Preuve de sinistre (Perte d'emploi involontaire)

En plus de la preuve générale en matière de sinistre mentionnée dans la section « Présenter une demande de règlement » du présent certificat d'assurance, les conditions de preuve particulières suivantes s'appliquent. Si vous étiez employé, nous demandons, à titre justificatif pour votre demande de règlement pour Perte d'emploi involontaire :

1. une information de vos anciens employeurs; et
2. une preuve qu'au cours des 15 jours suivant la date de début de votre chômage involontaire, vous vous êtes inscrit auprès de Emploi et Développement social Canada (EDSC)

pour recevoir vos prestations d'assurance-emploi ou une preuve que vous avez reçu le maximum de prestations de EDSC; et vous devez rester inscrit auprès de EDSC aussi longtemps que vous êtes admissible aux prestations de EDSC. Il se peut que nous vous demandions de nous fournir une preuve de la prolongation de votre chômage involontaire aussi souvent que nécessaire après que le paiement de votre prestation de Perte d'emploi involontaire commence.

### **DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES APPLICABLES À TOUTES LES COUVERTURES**

#### **Présenter une demande de règlement Bénéficiaire**

Cette police contient une disposition qui supprime ou limite le droit du groupe d'assurés de désigner les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles le produit de l'assurance devra être payé.

#### **Avis de sinistre et formulaires de demande de règlement**

Vous ou quelqu'un qui vous représente devez nous aviser de votre décès, de votre Maladie, de votre Maladie grave, de votre Blessure ou de votre Perte d'emploi involontaire dans les 30 jours qui suivent le sinistre en question. Vous ou votre représentant pouvez nous aviser en communiquant avec nos représentants du service à la clientèle en téléphonant au 1 800 663-9822 ou en nous écrivant à l'adresse de notre bureau :

Assurant

C. P. 7200 Kingston (Ontario) K7L 5V5

Tout avis écrit doit inclure le numéro de la police collective.

Nous vous enverrons, à vous ou à votre représentant, un formulaire de demande de règlement et des instructions concernant la soumission d'une demande de règlement après que nous aurons reçu un avis de sinistre verbal ou écrit.

#### **Preuve de sinistre**

Vous ou quelqu'un qui vous représente devez nous envoyer à l'adresse indiquée dans la section « Avis de sinistre et formulaires de demande de règlement » une preuve écrite de votre sinistre dans les 90 jours qui suivent votre sinistre. La preuve de sinistre inclut le formulaire de demande de règlement rempli et une documentation justificative incluant une autorisation signée nous donnant la permission de nous renseigner auprès de votre employeur, de votre médecin, de votre Hôpital ou de votre professionnel de la santé sur votre santé ou votre emploi dans les 90 jours suivant la date à laquelle nous avons reçu la preuve de votre décès, de votre diagnostic de Maladie grave, de votre Blessure, de votre Maladie ou de votre Perte d'emploi involontaire.

Si nous ne recevons pas la preuve de sinistre dans le délai prescrit, nous ne traiterons la demande de règlement que si vous nous donnez une cause raisonnable du

retard. Cependant, nous ne prolongerons pas la date d'échéance au-delà d'un an à partir de la date du sinistre pour lequel les prestations sont demandées, sauf dans le cas d'une demande de règlement d'assurance vie où le délai prescrit ne s'applique pas.

Tout coût pour remplir un formulaire de demande de règlement ou soumettre un document justificatif pour votre demande de règlement sera à vos frais ou aux frais de votre représentant.

Les prestations ne seront pas payées si vous ou votre représentant refusez de fournir un formulaire de demande de règlement, un document ou une preuve que nous demandons, ou pouvons demander, à titre justificatif pour votre demande de règlement.

#### **Droits d'examen**

En cas de décès, nous avons le droit de demander une autopsie, si la loi le permet.

#### **Résiliation de la couverture**

Votre couverture au titre de la police collective sera automatiquement résiliée à la première des dates suivantes :

1. la date de votre décès;
2. votre 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance pour l'assurance vie;
3. votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance pour l'assurance Maladie grave, Blessure ou Maladie et Perte d'emploi involontaire;
4. la date à laquelle la dette de l'Entente fait l'objet d'une quittance, est payée ou est refinancée;
5. la date à laquelle le Créancier demande une annulation en raison d'un défaut de paiement de la dette en vertu de l'Entente, le cas échéant;
6. la date à laquelle nous avons payé une prestation de décès ou de Maladie grave;
7. la date à laquelle nous avons reçu votre demande d'annulation de couverture;
8. la date à laquelle la police collective prend fin.

Si nous résilions la police collective, un avis écrit d'une telle résiliation vous sera expédié 31 jours à l'avance de la date de résiliation.

#### **Annulation de la couverture**

Vous pouvez annuler votre couverture à tout moment en communiquant avec nos représentants du service à la clientèle au 1 800 663-9822 ou en nous écrivant à l'adresse de notre bureau :

Assurant

C. P. 7200 Kingston (Ontario) K7L 5V5

#### **Droit d'examiner la présente assurance**

Si vous nous fournissez un avis que vous souhaitez annuler la présente assurance dans les 30 jours qui suivent votre réception du présent certificat d'assurance, toutes les primes que vous avez payées seront remboursées en les portant au crédit de votre compte. Si vous nous fournissez un avis que vous souhaitez annuler la présente assurance plus de 30 jours après avoir reçu le présent certificat d'assurance, aucune prime que vous avez payée ne sera

remboursée.

### **AUTRE IMPORTANTE INFORMATION**

#### **Détails du contrat**

Le contrat d'assurance inclut la police collective, tout avenant à la police collective et n'importe quelle proposition utilisée pour l'adhésion, comme la proposition de succursale. Les déclarations verbales ne peuvent modifier votre couverture telle que décrite dans le présent certificat d'assurance et l'Entente. De telles déclarations ne sont pas légalement contraignantes. Le Créancier et la compagnie peuvent convenir de temps en temps de modifier la police collective. Aucun avenant n'est valide que si les représentants autorisés du Créancier et de la compagnie l'approuvent. Vous recevrez un préavis écrit de 30 jours pour l'avenant. Vous serez réputé avoir reçu un tel avis le troisième jour ouvrable après qu'il est expédié à l'adresse du demandeur principal tel qu'indiqué dans nos dossiers.

En cas d'erreurs d'écriture de la part du Créancier ou de notre part dans la tenue des dossiers concernant la police collective, ces erreurs ni modifieront, ni invalideront votre couverture, ni la continueront si elle avait autrement pris fin pour des raisons valables.

#### **Remplacement de l'assureur**

Si le Créancier souhaite remplacer la présente police collective par un autre contrat d'assurance collective du créancier, le remplacement peut avoir lieu conformément aux exigences suivantes :

1. le Créancier doit fournir un préavis de modification d'au moins 30 jours à chaque personne assurée au titre de la police existante, lequel avis doit divulguer la date à laquelle la modification entre en vigueur ainsi que toute modification concernant (i) l'identité de l'assureur, (ii) le coût de l'assurance, (iii) les prestations d'assurance, (iv) les autres modalités de l'assurance, ou (v) tout autre élément dont il est question dans le certificat d'assurance au titre de la police existante;
2. lorsqu'une telle modification a lieu, sous réserve de votre droit d'annuler une telle couverture, le certificat d'assurance émis au titre la police précédente conjointement avec tout avenant décrit au paragraphe 1 ci-dessus constituera le certificat d'assurance au titre du nouveau contrat d'assurance collective du créancier, sauf que les demandes de règlement pour les sinistres ayant eu lieu avant la date de modification seront présentées à nous et les demandes de règlement pour les sinistres ayant eu lieu après la date de modification seront présentées au nouvel assureur.

#### **Protection de vos renseignements personnels**

Nous nous engageons à protéger les renseignements personnels de nos clients conformément aux bonnes pratiques

commerciales. Nous pouvons recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels que vous nous avez fournis ou que d'autres peuvent nous fournir avec votre consentement ou tel que requis et autorisé par la loi. Les renseignements personnels incluent votre nom, vos coordonnées, votre dossier client et vos préférences en matière de produits. Nous pouvons utiliser ces renseignements pour : vous servir en tant que client; communiquer avec vous; créer des statistiques concernant notre entreprise pour mieux comprendre les besoins et les préférences de nos clients; et vous renseigner sur d'autres produits et services offerts par nous ou par des tierces parties présélectionnées. Nous pourrions traiter et stocker votre information dans un autre pays et elle pourrait être accessible aux autorités gouvernementales selon les lois applicables de ce pays. Vous pouvez obtenir une copie de la politique sur la vie privée en composant le 1 888 778- 8023 ou à partir de notre site Web [www.assurant.ca/fr-ca/politique-de-confidentialité](http://www.assurant.ca/fr-ca/politique-de-confidentialite). Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la politique sur la vie privée ou vos options pour refuser ou retirer ce consentement, y

compris votre option de ne pas être contacté à propos d'offres de produits et de services, vous pouvez nous appeler au numéro susmentionné.

#### **Droit de recevoir des documents**

Vous et tout demandeur au titre de la police collective avez le droit d'obtenir des copies de votre proposition d'assurance ainsi qu'une copie de la police collective en écrivant à l'adresse ci-dessous :

Assurant  
Siège social canadien  
5000, rue Yonge, bureau 2000  
Toronto (Ontario) M2N 7E9

#### **Renonciation**

Si, à n'importe quel moment, nous renonçons à une disposition quelconque de la police collective, cela ne signifie pas que nous renonçons à cette disposition de manière permanente. Aucune renonciation à une disposition n'aura force obligatoire sur nous, à moins qu'elle soit faite par écrit et signée par les représentants autorisés du Créancier et de la compagnie.

#### **Action en justice**

Chaque action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement du produit d'assurance payable en vertu du présent contrat est absolument interdite sauf si elle

est entamée dans les délais indiqués dans la *Loi sur les assurances*, la *Loi sur la prescription des actions* ou toute autre loi applicable dans votre province ou votre territoire.

#### **Fausse déclaration sur l'âge**

Nous utiliserons votre âge véritable pour déterminer le paiement de prestation ou non.

#### **Qui reçoit les paiements de prestation**

Toute prestation payable au titre de la police collective sera payée au Créancier à moins que l'Entente ait été entièrement payée.

#### **Devise**

Tout paiement à nous ou par nous sera effectué en devise canadienne.

#### **Interdiction de cession**

Vous ne pouvez pas céder vos droits ou intérêts concernant votre couverture à quiconque.



Agent principal

**Certificate of Insurance - Group Policy # CPP042017 and CPPL042017**

The Agreement and the Certificate of Insurance are your insuring documents. This Certificate of Insurance describes the following benefits available under the Credit Protection Plan (the "Plan"):

• **Death Benefit** • **Injury or Sickness Benefit** • **Critical Illness Benefit** • **Involuntary Unemployment Benefit**

In this Certificate of Insurance, certain words have specific and defined meanings. For example, "we", "us", "our" and the "company" mean American Bankers Life Assurance Company of Florida ("ABLAC") and/or American Bankers Insurance Company of Florida ("ABIC"), the insurer of the specific coverage individually or the insurers collectively as applicable. ABLAC, ABIC and their affiliates carry on business in Canada under the name of Assurant. "You" and "your" mean the insured person named on the Agreement you have signed with the Creditor when premium has been indicated and is paid in accordance with this Certificate of Insurance. Please refer to this Certificate of Insurance and the Definitions section at the end of this certificate for other definitions.

**INTRODUCTION**

You are covered on the Date Insurance Begins under the Creditors' Group Insurance Policy (the Group Policy) issued by us to the Creditor, subject to the terms and conditions of coverage described in this Certificate of Insurance.

This Certificate of Insurance is intended to provide a summary of the provisions of the Group Policy. However, we pay benefits according to the wording in the Group Policy. In the event of a conflict or inconsistency between the terms of this Certificate of Insurance and the Group Policy, unless otherwise required by applicable law, the terms of the Group Policy will govern. This Certificate of Insurance replaces any and all certificates of insurance previously issued to you with respect to the Group Policy.

**Definitions**

The following words, when used in this Certificate of Insurance have the following meanings:

**"Agreement"** means the Creditor's unsecured Personal Loan Agreement or unsecured Instalment Sale Agreement signed by you and attached to this Certificate of Insurance.

**"Creditor"** means easyfinancial Services Inc.

**"Date Insurance Begins"** means the earliest of the date of your Agreement or the date funds are advanced.

**"Doctor"** means a Doctor of Medicine (M.D.) duly licensed to practice medicine, or any other practitioner recognized by the College of Physicians and Surgeons in the Province or Country in which the treatment is rendered. The Doctor must be someone other than yourself or a member of your immediate family. Immediate family includes any of your spouse, parent or stepparent, child or stepchild, brother or sister, stepbrother or stepsister, brother-in-law or sister-in-law, father-in-law or mother-in-law, and son-in-law or daughter-in-law.

**"Employed Person"**, means a person who is working, for a salary or another form of remuneration, on a full-time basis for one or more employers, at least 20 hours per week immediately prior to the date your Involuntary Unemployment commenced. The 20-hour work requirement is continuous and must not be calculated through averaging.

**"Hospital"** means a licensed institution that is operated for the care and treatment of sick and injured people and:

1. provides organized facilities for diagnosis and major surgery;
2. provides 24-hour nursing services by registered nurses and has a Doctor in regular attendance;
3. is not primarily operated as a rest home, a nursing home or a place for the care and treatment of the blind, the deaf, the mentally ill;
4. is not primarily operated as a treatment centre for drug addicts or alcoholics unless the institution is eligible to receive payments under a provincial hospital plan.

**"Hospitalization"** means confined in a Hospital as an inpatient.

**"Injury"** means bodily harm, trauma or wound resulting directly and independently of all other causes from an accident that is caused by external, violent and accidental means. We define accident as a sudden, unforeseen and fortuitous event that occurs while you are insured under the Group Policy.

**"Involuntary Unemployment"** means:

1. termination of employment without cause; or
2. layoff; or
3. termination of employment due to Sickness.

**"Insurer"** means (1) American Bankers Insurance Company of Florida for Injury/Sickness and Involuntary Unemployment insurance and (2) American Bankers Life Assurance Company of Florida for Life and Critical Illness insurance.

**"Pre-Existing Condition"** means any medical condition, symptom, or disease, diagnosed or undiagnosed, for which you received medical advice, consultation, investigation, diagnosis, or for which treatment was required or recommended by a Doctor, during the 12 months prior to the Date Insurance Begins.

**"Seasonal Employee"** means an insured person whose normal employment is subject to seasonal conditions wherein a lay-off or work suspension is a regular and anticipated part of the work schedule.

**"Sickness"** means illness or disease which first manifests itself while you are insured under the Group Policy. "Sickness" includes

mental, nervous, psychological, emotional or behavioural disorders, disease, or conditions.

**OUR AGREEMENT WITH YOU**

If your premium is shown on your Agreement and is paid in accordance with this Certificate of Insurance and the information you provided when you enrolled is complete and accurate, we agree to pay the following benefits to the Creditor, subject to the applicable terms, conditions and exclusions of this insurance:

1. the Death Benefit described below, if you die while covered for this benefit under the Group Policy;
2. the Injury or Sickness Benefit described below, if you suffer a specified loss while covered for this benefit under the Group Policy;
3. the Critical Illness Benefit described below, if you suffer a specified loss while covered for this benefit under the Group Policy;
4. the Involuntary Unemployment Benefit described below, if you become involuntarily unemployed while covered for this benefit under the Group Policy.

**Note:** No insurance is available and no premium will be charged in respect of any Agreement made under a promotional financing plan. The associated insurance becomes available and premiums commence in respect of such an Agreement after the promotional financing plan expires.

**WHO MAY ENROLL IN THIS PLAN**

If you are named on the Creditor's Agreement, you may enroll in the Plan subject to the General Eligibility Requirements listed below.

With respect to enrollment in, cancellation of, or changes to this insurance coverage, we are entitled to rely on information and instructions provided by you. All notices and other correspondence relating to this insurance shall be sent to your address on the Creditor's records.

The Plan is voluntary. You do not have to buy the Plan to obtain financing.

**DATE INSURANCE BEGINS**

The Date Insurance Begins is the earlier of the date of your Agreement or the date

funds are advanced. All periods of coverage begin and end at 12:01 a.m. at your last address as it appears on the Creditor's records.

### PREMIUMS

#### Method of Payment

You have agreed that we can charge the premium shown on your Agreement for coverage under the Plan.

We have the right to change the premium from time to time. Premiums are payable for each Agreement you sign.

### GENERAL ELIGIBILITY REQUIREMENTS

There are specific conditions that apply to each of the specific benefits available under this insurance plan. Please refer to the applicable benefit description below for those specific conditions. The following general eligibility requirements apply to all benefits under the Plan. You must satisfy all of the following conditions to be covered for or eligible to receive any benefits under this insurance:

1. You must be a resident of Canada on the date you apply.
2. You must be under age 70 at the date you apply.
3. You must have agreed to the terms and conditions of the Agreement.

### GENERAL EXCLUSIONS

#### Exclusions

We do not pay benefits under this insurance if your death, Injury, Sickness, Critical Illness or Involuntary Unemployment resulted directly or indirectly from:

1. a Pre-Existing Condition (We will waive this exclusion if your death, Injury, Sickness or Critical Illness occurs more than 3 months after the Date Insurance Begins.)
2. intentionally self-inflicted Injury;
3. suicide or attempted suicide, while sane or insane (for the Death Benefit this exclusion is only applicable within the first 24-month period following the Date Insurance Begins);
4. the commission or attempted commission by you of any act which if adjudicated by a court would be an illegal act under the laws of the jurisdiction where the act was committed;
5. travel or flight in any vehicle or device for aerial navigation except as a fare paying passenger aboard a licensed scheduled airline;
6. an accident, Injury or Sickness sustained where you consumed, used, or had administered any drug, medication, narcotic, toxic substance or any other substance, except for any drug or medication used in strict accordance with the prescription of a licensed Doctor or dentist;
7. operating a vehicle either under the influence of any intoxicant or if your blood alcohol concentration is in excess of the legal limit in the jurisdiction where the accident occurred;
8. declared or undeclared war, or any nuclear, chemical or biological

contamination due to any act of terrorism.

### MAXIMUM BENEFIT PAYMENT

No benefit is payable under any of the Benefit Provisions, if either a Death Benefit, 100% of Injury or Sickness Benefit, Critical Illness Benefit or Involuntary Unemployment Benefit is payable or has been paid in respect of your death, Injury, Sickness, Critical Illness or Involuntary Unemployment, under this insurance.

### DEATH BENEFIT (LIFE INSURANCE) OR CRITICAL ILLNESS BENEFIT

#### What We Pay

The Death Benefit or the Critical Illness Benefit is equal to the LESSER of the following amounts:

1. the amount of the unpaid balance due under your Agreement on the date of your death or the date you are diagnosed with a Critical Illness, or
2. \$30,000 which is the maximum amount we pay in the event of death or Critical Illness.

#### Specific Benefit Conditions

1. The Death Benefit will only be paid, if you die before you attain age 75.
2. The Critical Illness Benefit will only be paid if, while you are insured for the Critical Illness Benefit, you are diagnosed with life-threatening cancer; suffer a stroke, heart attack or kidney failure; or receive a major organ transplant, for the first time in your life and before you attain age 70. We will not pay the Critical Illness Benefit more than once.
3. If we pay the Critical Illness Benefit, we will not pay the Death Benefit.

#### Exclusions

We do not pay the benefit if your death or Critical Illness resulted directly or indirectly from any of the exclusions listed under the General Exclusions section.

### INJURY OR SICKNESS BENEFIT

#### What We Pay

If you suffer an Injury or Sickness, we will pay the calculated benefit as outlined in the Injury or Sickness Benefit Schedule below, subject to the following limitations:

1. For **Injury** only, if you suffered a fracture of one or more bones or a fracture of two or more fingers in respect to the same Injury, excluding toes, and such fracture requires fixation, open operation grafting or metallic fixation and were unable to perform your regular activities, OR
2. For **Injury or Sickness**, if you suffered an Injury or Sickness and were unable to perform your regular activities for 10 consecutive days, and after being unable to perform your regular activities for 10 consecutive days and for either Injury or Sickness, upon notice of appropriate claim documentation, the maximum benefit will be the LESSER of the following amounts:

- a. Six monthly benefit payments, or
- b. The amount of the unpaid balance due under your Agreement as of the date of your Injury or Sickness, or
- c. \$9,000 per claim.

#### Injury or Sickness Benefit Schedule

1. we will make an initial payment based on your payment mode, equal to 1 monthly, 2 bi-weekly or 4 weekly installments; and
2. for each period of 30 days thereafter, if you remain unable to perform your regular activities and provide appropriate claim documentation, we will make an additional payment equal to 1 monthly, 2 bi-weekly or 4 weekly installments, subject to the maximum benefit listed above.

#### Specific Benefit Conditions

The Injury or Sickness Benefit will only be paid if you suffered a specified loss described in the *Injury or Sickness Benefit Schedule* while covered for this benefit under the Group Policy.

#### Exclusions

We do not pay the Injury or Sickness Benefit if your Injury or Sickness resulted directly or indirectly from any of the exclusions listed under the General Exclusions section.

#### Proof of Loss

In addition to the general proof of claim matters addressed in the Notice of Claim and Claim Forms and Proof of Claim sections of this Certificate of Insurance, the following specific requirements of proof apply.

In support of your Injury or Sickness Benefit claim, we will require a written statement from your Doctor and/or the Hospital where you were treated, in a form satisfactory to us, certifying that you suffered a specified loss described in the Injury or Sickness Benefit Schedule.

We must receive Notice of Claim within 30 days from the date of the Injury or Sickness for which the claim is made and Proof of Claim within 90 days. Failure to give notice of claim or furnish proof of claim within the time prescribed will not invalidate the claim if the notice or proof is given or furnished as soon as reasonably possible and in no event later than one year from the date of the Injury or Sickness if it is shown that it was not reasonably possible to give notice or furnish proof within the time so prescribed.

### INVOLUNTARY UNEMPLOYMENT BENEFIT

#### What We Pay

If your Involuntary Unemployment is due to lay-off or a termination of your employment without cause, and subject to the appropriate claim documentation being received, we will pay the calculated benefit as outlined in the Involuntary Unemployment Benefit Schedule below.

The maximum Involuntary Unemployment Benefit payable is equal to the LESSER of the following amounts:

1. Six monthly benefit payments, or
2. The amount of the unpaid balance due under your Agreement as of the date of your Involuntary Unemployment, or
3. \$9,000 per claim, or
4. NIL, if:
  - a. you have been an Employed Person for less than 90 days since your last period of Involuntary Unemployment ended; or
  - b. payment of a benefit would exceed the Maximum Benefit Payment under the Group Policy; or
  - c. a benefit under the Injury or Sickness Benefit has been paid.

#### **Involuntary Unemployment Benefit Schedule**

1. we will make an initial payment based on your payment mode, equal to 1 monthly, 2 bi-weekly or 4 weekly installments; and
2. for each period of 28 days thereafter, if you remain involuntarily unemployed and provide appropriate claim documentation (proof of Employment Insurance or Social Assistance), we will make an additional payment equal to 1 monthly, 2 bi-weekly or 4 weekly installments, subject to the maximum benefit listed above.

#### **Specific Benefit Conditions**

The Involuntary Unemployment benefit is paid only if:

1. you suffer Involuntary Unemployment and immediately before your Involuntary Employment commenced you were an Employed Person;
  - a. for at least 90 consecutive working days; or
  - b. for 60 to 85 consecutive days with your current employer; or
  - c. do not qualify for Employment Insurance but have been working for the same employer for at least 90 consecutive working days; or
2. your employment was terminated due to Sickness.

The day following your last day of work as indicated on your notification of layoff or termination of employment shall be the date we consider your Involuntary Unemployment to commence, regardless of the effective date of layoff or termination provided in such notification. You must have become involuntarily unemployed before your 70th birthday to claim for benefits.

#### **Exclusions**

We do not pay the Involuntary Unemployment Benefit:

1. for unemployment due to Sickness which resulted directly or indirectly from any of the exclusions listed under the General Exclusions section;
2. if you are a Seasonal Employee;
3. if you became Involuntarily Unemployed within 2 business days of the Date Insurance Begins (unless you were insured under this Group Policy immediately prior to the Date Insurance Begins for a previous Agreement); or
4. if you knew that you were about to become involuntarily unemployed when

- you applied for coverage; or
5. if your Involuntary Unemployment is the direct or indirect result of:
  - a. resignation or retirement from your employment,
  - b. dismissal from your employment for cause, or
  - c. a Labour Dispute or Lockout.
6. for Sickness or Injury for which benefits have been paid or are payable under another Benefit provision of this Certificate of Insurance.

We define a "Labour Dispute" as any disruption of work by an employee group to which you belong, for the purpose of limiting the output of one or more employers. We define a "Lockout" as an act by your employer to temporarily close your place of employment, or suspend your employment without ending it.

#### **Proof of Claim (Involuntary Unemployment)**

In addition to the general proof of claim matters addressed in the Making a Claim section of this Certificate of Insurance, the following specific requirements of proof apply.

If you were employed, we will require, in support of your Involuntary Unemployment claim:

1. information from your former employers; and
2. proof that, within 15 days after your Involuntary Unemployment commenced, you registered with the Employment and Social Development Canada (ESDC) to receive employment insurance benefits or proof that you have received the maximum benefits available from the ESDC; and you must stay registered with the ESDC for as long as you are eligible for ESDC benefits. We may require you to provide us with proof of your continuing Involuntary Unemployment as often as reasonably necessary after payment of your Involuntary Unemployment Benefit begins.

#### **ADDITIONAL PROVISIONS APPLICABLE TO ALL BENEFITS**

##### **Making a Claim**

##### **Beneficiary**

**This policy contains a provision removing or restricting the right of the group person insured to designate persons to whom or for whose benefit insurance money is to be payable.**

##### **Notice of Claim and Claim Forms**

You or someone acting on your behalf must notify us within 30 days of your death, Sickness, Critical Illness, Injury or Involuntary Unemployment. You or your representative may notify us by calling our customer service representatives at 1-800-663-9822 or by writing to us at our office:

Assurant

P.O. Box 7200 Kingston Ontario K7L 5V5

Any written notice must include the Group Policy number.

We will send you or your representative a claim form and instructions on submitting a claim once we have received verbal or written notification of a claim.

#### **Proof of Claim**

You, or someone acting on your behalf, must send us, at the address indicated in the Notice of Claim and claim forms section, written proof of your claim within 90 days after your loss. Proof of Claim includes the completed claim form and supporting documentation including a signed authorization form giving us permission to ask your employer, Doctor, hospital or health care practitioner about your health or employment information) within 90 days of the date we receive proof of your death, diagnosis of a Critical Illness, Injury, Sickness or Involuntary Unemployment.

If we do not receive Proof of Claim within the specified time, we will only process the claim if you can show reasonable cause for delay. However, we will not extend the deadline beyond one year from the date of the loss for which benefits are being claimed, except for a life claim where the time prescribed does not apply.

Any cost for the completion of a claim form or any documentation submitted in support of a claim is at your or your representative's expense.

Benefits will not be paid if you or your representative refuse to provide a claim form or any documentation or proof we require, or may require, in support of a claim.

#### **Rights of Examination**

In the event of death, we have the right, where allowed by law, to ask for an autopsy.

#### **Termination of Coverage**

Your coverage under the Group Policy automatically terminates on the earliest of the following dates:

1. The date of your death;
2. Your 75th birthday for Life Insurance;
3. Your 70th birthday for Critical Illness, Injury and Sickness and Involuntary Unemployment Insurance;
4. The date the indebtedness under the Agreement is discharged, paid out or refinanced;
5. The date the Creditor requests cancellation due to default of the indebtedness under the Agreement, if applicable;
6. The date we pay a Death or Critical Illness Benefit;
7. The date we receive your request to cancel coverage;
8. The date the Group Policy ends.

If we terminate the Group Policy, written notice of such termination will be mailed to you 31 days in advance of the termination date.

#### **Cancelling Coverage**

You can cancel your coverage at any time by calling our customer service representatives at 1-800-663-9822 or by writing to us at our office:



Assurant  
P.O. Box 7200 Kingston Ontario K7L 5V5

### Right To Examine This Insurance

If you provide us notice that you wish to cancel this insurance within 30 days after you receive this Certificate of Insurance, any premiums you have paid will be refunded through a credit to your account. If you provide us notice that you wish to cancel your insurance more than 30 days after receiving this Certificate of Insurance, any premiums you have paid will not be refunded.

### OTHER IMPORTANT INFORMATION

#### Contract Details

The contract of insurance includes the Group Policy, any amendments to the Group Policy and any form of application used for enrollment, such as the branch application. Verbal statements cannot alter your coverage as described in this Certificate of Insurance and your Agreement and such statements are not legally binding.

The Creditor and the company may agree from time to time to amend the Group Policy. No amendment is valid unless the authorized representatives of the Creditor and the company approve it. You will be given 30 days prior written notice of an amendment. You will be deemed to have received such notice on the third business day after it is mailed to the primary applicant's address as it appears in our records.

If the Creditor or we make any clerical errors in maintaining any records concerning the Group Policy, such errors will not alter or invalidate your coverage or continue coverage that would otherwise be ended for valid reasons.

#### Replacement of Insurer

Where the Creditor wishes to replace this Group Policy with a different contract of creditor's group insurance, the replacement may be effected in accordance with the following requirements:

1. the Creditor shall provide not less than 30 days' notice of the change to each Insured Person under the existing Policy, which notice shall disclose the date the change is to be effective, together with any changes to (i) the identity of the insurer, (ii) the cost of insurance, (iii) the insurance benefits, (iv) the other terms and conditions of insurance or (v) any other matter that is dealt with in the certificate of insurance under the existing Policy;

2. where such a change is effected, subject to your right to cancel such coverage, the certificate of insurance issued under the prior Policy together with any amendment described in paragraph 1 above shall constitute the certificate of insurance under the new contract of creditor's group insurance, except that claims made with respect to losses suffered prior to the time of change shall be made to us and claims made with respect to losses suffered on or after the date of change shall be made to the new insurer.

#### Protecting Your Personal Information

We are committed to safeguarding the privacy of our customers' information in accordance with good business practices. We may collect, use, and share personal information provided by you to us, and obtained from others with your consent, or as required or permitted by law. Personal information includes your name, contact information, customer file, and product preferences. We may use the information to: serve you as a customer; communicate with you; create statistics about our business to better understand customer needs and preferences; and inform you of other products and services offered by us or selected third parties. We may process and store your information in another country, which may be subject to access by government authorities under applicable laws of that country. You may obtain a copy of our privacy policy by calling 1-888-778-8023 or from our website ([www.assurant.ca/privacy-policy](http://www.assurant.ca/privacy-policy)). If you have any questions or concerns regarding the privacy policy or your options for refusing or withdrawing this consent, including your option not to be contacted about offers of products or services, you may call us at the number listed above.

#### Right to Receive Documents

You and any claimant under the Group Policy have a right to obtain copies of your application for insurance, and a copy of the Group Policy, by writing to the address below:

Assurant  
Canadian Head Office  
5000 Yonge Street, Suite 2000  
Toronto, Ontario M2N 7E9

#### Waiver

If, at any time, we waive any provision of the Group Policy, it does not mean we have waived that provision permanently. No waiver of any provision is binding on us, unless it is in writing and signed by the authorized representatives of the Creditor and the company.

#### Legal Action

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

#### Misstatement of Age

We will use your true age to determine whether to pay any benefit.

#### Who Receives the Benefit Payment

Any benefits payable under the Group Policy will be paid to the Creditor unless the Agreement has been paid in full.

#### Currency

Any payments to us or by us will be payable in Canadian currency.

#### Prohibition Against Assignment

You cannot give your rights and interests with respect to your coverage to anyone else.



Chief Agent