

**ASSURANCE
COLLECTIVE DES
CRÉANCIERS**

60120



ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS

SOMMAIRE

Nom du produit d'assurance:

ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS

Type de produit d'assurance:

L'un ou l'autre ou tous les produits suivants :

Assurance vie

Assurance maladies graves

Assurance invalidité

Assurance en cas de perte d'emploi involontaire

Coordonnées de l'assureur :

Humania Assurance

1555, rue Girouard Ouest,

Saint-Hyacinthe (Québec)

J2S 2Z6

Téléphone : 1 800 773-8404

conformite@humania.ca

No de permis délivré par l'Autorité des marchés financiers du Québec : 2000737703

Coordonnées du distributeur :

EIRM Excellence Gestion de

Risques d'Assurance

Ltée/EIRM Excellence

Insurance Risk Management

Ltd.

202-3720, de Chenonceau

Laval (Québec) H7T 0B2

Téléphone : 1-855- 217-2774

Télécopie : 1-800-860-5565

info@eirm.ca

www.eirm.ca

Protections garanties par:



DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

NATURE DE LA GARANTIE

L'ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS vous permet de vous assurer de façon à ce que vous puissiez respecter vos obligations relativement à votre contrat d'achat ou à votre contrat de location d'un véhicule dans les circonstances suivantes :

- décès, ou
- maladie grave, ou
- invalidité totale, ou
- perte d'emploi involontaire.

La protection choisie est telle qu'indiquée sur le certificat d'assurance.

Veuillez prendre note que le co-assuré est lié par le choix de protection fait par l'assuré.

RÉSUMÉ DES CONDITIONS PARTICULIÈRES

À QUI S'ADRESSE LA PROTECTION?

Afin d'être admissible à l'**ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS**, pour l'ensemble des produits vous devez satisfaire, à la date d'effet de l'assurance, à **toutes** les exigences suivantes :

vous êtes une personne physique.

vous êtes résidant canadien;

vous avez une dette envers votre créancier concernant :

- un prêt, un prêt-rachat

ou

- une location à long terme.

Nous vous référons à la section A, article V de la police pour les conditions propres à chaque produit

Si vous ne satisfaites pas aux conditions d'admissibilité, aucune assurance n'est accordée et toute prime payée sera remboursée. Les critères d'admissibilité sont vérifiables en tout temps par l'assureur.

Il est très important de ne pas donner de fausses réponses aux questions de la demande d'adhésion. Toute assurance obtenue à la suite d'une réponse fautive sur votre état de santé peut être annulée.

QUEL EST LE MONTANT DE LA PROTECTION?

ASSURANCE VIE

Le maximum assurable pour l'assurance vie est établi à 300,000.00\$, mais les critères établissant le montant de couverture sont exprimés à la section B, articles II et III de la police.

ASSURANCE MALADIES GRAVES

Le maximum assurable pour l'assurance vie est établi à 300,000.00\$, mais les critères établissant le montant de couverture sont exprimés à la section C, articles II et III de la police.

ASSURANCE INVALIDITÉ

La prestation maximale assurable est de 3,000\$, mais les critères établissant le montant de couverture sont exprimés à la section D, articles II et IV de la police.

ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

La prestation mensuelle correspond au moindre des montants suivants :

- le versement mensuel requis conformément à l'engagement financier décrit sur la page frontispice du certificat d'assurance, sous réserve d'un maximum de 750\$;
- le versement mensuel établi par le créancier, en excluant, s'il y a lieu, tout arrérage.

Tous les détails concernant la protection en cas de perte d'emploi involontaire sont exprimés à la section E, articles II et IV, de la police

QUELLES SONT LES PRIMES À ÊTRE PAYÉES PAR L'ASSURÉ? SONT-ELLES GARANTIES? QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE PAIEMENT?

La prime d'**ASSURANCE COLLECTIVE DES CRÉANCIERS** est payable en un seul versement. Cette prime est indiquée sur le certificat d'assurance. Elle est de plus **GARANTIE**. Aucune prime supplémentaire ne sera donc requise par la suite, à moins d'erreurs ou de changements apportés à votre certificat d'assurance.

La prime est calculée en fonction :

- du ou des types d'assurance choisis sur le certificat d'assurance;
- du montant initial d'assurance et de la prestation mensuelle relative au prêt ou à la location à long terme;
- du fait qu'il s'agisse ou non d'une assurance conjointe;
- du délai de carence / type de rétroactivité choisi;
- de la protection maximale en cas d'invalidité totale;
- du fait que pour l'assurance vie, la valeur résiduelle soit assurée ou non.

QUEL EST LE DÉLAI DE CARENCE EN CAS D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'INVALIDITÉ?

L'assurance invalidité et l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire comporte un délai de carence de **30 jours**.

1) ASSURANCE INVALIDITÉ

Cette période est applicable à chaque demande de règlement que vous présentez, sauf en cas de récurrence

Différentes options sont offertes pour le délai de carence, qui peut être une protection rétroactive, ou non rétroactive et les détails concernant celles-ci sont exprimés à la section D, article V de la police.

2) ASSURANCE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

Vous devenez admissible à recevoir des prestations à compter du **31^e jour** suivant la cessation d'emploi et ce, de façon non rétroactive. Vous devez demeurer sans emploi pendant toute la durée du délai de carence.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

MISE EN GARDE

Exclusions générales

Aucune prestation d'assurance vie, d'assurance maladies graves, d'assurance invalidité ou d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire ne sera payable si le décès, la maladie grave, l'invalidité ou la perte d'emploi découle ou est causé par ce qui suit :

- une déclaration erronée de l'âge de l'assuré ou du co-assuré faisant en sorte qu'il n'aurait pas été admissible à l'assurance selon les critères d'admissibilité si son âge réel avait été correctement déclaré;;
- une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, tout acte de guerre, une émeute, une insurrection ou une révolution;
- un vol ou tentative de vol à bord d'un aéronef si l'assuré ou le co-assuré voyage à tout autre titre que celui de

passager;

Exclusions et limitations spécifiques à l'assurance-vie :

En plus des exclusions générales, aucune prestation d'assurance vie ne sera payable si le décès est causé par :

- Suicide qui a lieu au cours des 2 ans qui suivent la date d'effet de l'assurance
- Cancer

Vous trouverez à la section B, article IV l'ensemble des détails concernant ces exclusions

Exclusions et limitations spécifiques à l'assurance maladies graves

Aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera payable en raison, notamment, de ce qui suit :

- a) une condition préexistante ;
- b) lorsque l'assuré ou le co-assuré commet ou tente de commettre une infraction criminelle ou provoquer une attaque;
- c) une maladie grave qui a comme cause ou facteur contributif :
 - une grossesse, un avortement, une fausse-couche, un accouchement ou le congé parental qui s'y rapporte,
 - une chirurgie esthétique ou élective,

Vous trouverez à la section C, article V l'ensemble des exclusions et les détails concernant celles-ci.

Exclusions et limitations spécifiques à l'assurance invalidité

Aucune prestation n'est versée si l'invalidité totale résulte, notamment :

- d'une grossesse, d'un avortement, d'une fausse couche ou d'un accouchement;
- d'une chirurgie esthétique ou élective;
- d'une période de détention dans un pénitencier ou toute autre institution semblable
- toute période pendant laquelle la personne ne participe pas à un programme de soins médicaux jugé raisonnable et conforme à la pratique courante.

Vous trouverez à la section D, article VII l'ensemble des exclusions et les détails concernant celles-ci.

La section D article III expose également les clauses mettant fin à la couverture.

Exclusions et limitations spécifiques à l'assurance en cas de perte d'emploi involontaire

Aucune prestation n'est versée si la perte est causée,

directement ou indirectement, notamment par les éléments suivants :

- une période de détention dans un pénitencier ou autre institution semblable;
- une grossesse, un avortement, une fausse-couche, un accouchement;
- un congé de maternité, paternité, adoption ou parental;
- une maladie ou blessure;
- une infirmité mentale ou physique ou affection de toute sorte;
- une perte d'emploi qui survient dans les premiers 90 jours de la date d'effet de l'assurance;
- perte d'emploi volontaire;
- une retraite anticipée ou normale;
- un licenciement justifié, incluant entre autres l'inconduite, les conflits de personnalité, l'incapacité ou le refus d'accomplir certaines tâches;
- la fin des activités de l'employeur ou une mise à pied au lieu de travail de l'assuré ou du co-assuré, dans le cas où l'employeur avait annoncé son intention de mettre à pied du personnel ou de cesser ses opérations à cet emplacement avant la date d'effet de l'assurance;
- une grève ou conflit de travail au lieu de travail de l'assuré ou du co-assuré;
- la perte d'emploi en tant que travailleur saisonnier, travailleur autonome, ou alors que l'assuré ou le co-assuré était à l'emploi d'une société avec laquelle il avait un lien de dépendance, ou si l'assuré ou le co-assuré n'a pas travaillé 20 heures par semaine pendant une période de 6 mois consécutifs.

Vous trouverez à la section E, article VII l'ensemble des exclusions et les détails concernant celles-ci.

La section E article III expose également les clauses mettant fin à la couverture.

RÉSILIATION

COMMENT ANNULER VOTRE PROTECTION?

Vous pouvez demander la résiliation de la couverture en tout temps en faisant parvenir un avis écrit à l'assureur, à l'adresse inscrite à la première page du présent guide. Le frais de police est acquis à l'assureur et n'est pas remboursable.

La règle de 78 sert à calculer la partie de la prime qui vous sera remise advenant le cas où le certificat d'assurance est annulé avant la date d'expiration de l'assurance. Cette règle tient compte du terme du prêt et de la période écoulée jusqu'à la date d'annulation. L'assureur calculera pour vous le

remboursement qui s'applique à votre situation selon la Règle de 78.

EXEMPLE DE LA RÈGLE DE 78 :

Supposons qu'une assurance soit initialement souscrite pour un prêt de 60 mois et que la prime incluant les taxes est de 925,41\$ excluant les frais de police. Cette prime est versée une seule fois au début du contrat.

Combien recevriez-vous si le certificat d'assurance était annulé après 24 mois?

Étapes à suivre :

- A) Déterminer le nombre de mois restant à courir au contrat :
36 mois
- B) Déterminer le nombre total de mois prévu au contrat : *60 mois*
Faites la Règle de 78 (calculée par l'assureur) :
$$\frac{0,8 \times (36 \text{ mois}) \times (36 \text{ mois} + 1)/2}{(60 \text{ mois}) \times (60 \text{ mois} + 1)/2} = 0,29$$
- C) Prime X Facteur de la Règle de 78 :
$$925,41\$ \times 0,29 = 268,37\$$$

Montant net remis :

| | |
|-----------------------------------|----------|
| D) Montant de la Règle de 78 | 268,37\$ |
| E) Moins : Frais d'annulation | 75,00\$ |
| F) Montant net qui vous est remis | |
| 268,37 \$ - 75,00 \$ | 193,37\$ |

Exemple simplifié. Pour illustration seulement. Le résultat réel pourrait être légèrement différent.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

Vous devez contacter l'assureur pour obtenir un formulaire de demande de règlement. Vous devez doit remplir le formulaire de demande de règlement au complet, à vos frais, s'il y a lieu. Il doit ensuite le retourner à l'assureur accompagné de tous les documents requis pour évaluer la demande de règlement.

DEMANDE DE RÈGLEMENT SUITE À UN DÉCÈS

La succession de l'assuré (ou, le cas échéant, celle du co-assuré) doit informer l'assureur que l'assuré (ou, le cas échéant, le co-assuré) est décédé.

L'assureur transmet alors un formulaire de demande de règlement. Celui-ci doit être rempli correctement par le demandeur, le créancier et le médecin traitant. Il doit ensuite

être retourné à l'assureur, dans les 90 jours suivant le décès. Toutefois, s'il est démontré qu'il était impossible de présenter la réclamation à l'intérieur de ce délai, la réclamation peut être présentée dans l'année du décès.

DEMANDE DE PRESTATIONS SUITE À UNE MALADIE GRAVE, UNE INVALIDITÉ TOTALE OU UNE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

Le formulaire de demande de règlement obtenu de l'assureur doit être rempli en bonne et due forme par le réclamant, l'employeur, le créancier et le médecin traitant et il doit être retourné à l'assureur dans les **90 jours** suivant la date à laquelle le diagnostic de maladie grave est posé, le début de l'invalidité ou la perte involontaire de l'emploi, selon le cas.

Toutefois, le défaut de produire le formulaire de demande de règlement dûment complété dans le délai prescrit n'aura pas pour effet de réduire toute réclamation s'il est démontré que le réclamant ne pouvait faire autrement. Une demande de prestations doit toutefois être soumise dès que cela est possible et, dans tous les cas, au plus tard **12 mois** à compter de la date à laquelle la demande aurait dû être soumise.

QUEL EST LE DÉLAI DONT DISPOSE L'ASSUREUR POUR RÉPONDRE À LA DEMANDE DE RÈGLEMENT?

À compter de la réception des preuves satisfaisantes, l'assureur dispose d'un délai de **60 jours** pour verser la prestation ou informer le demandeur que sa demande de règlement est refusée.

L'assureur doit alors justifier sa décision.

QUELS SONT LES RECOURS SI LA DEMANDE DE RÈGLEMENT EST REFUSÉE?

Si le demandeur est en désaccord avec la décision de l'assureur, il peut écrire à l'assureur dans les **30 jours** suivant la date inscrite sur la documentation qu'il a reçue.

L'assureur révisera le dossier et fera parvenir une seconde réponse dans les **30 jours** suivants.

Vous désirez formuler une plainte à l'assureur?

Vous pouvez consulter la procédure et la Politique de traitement des plaintes en cliquant sur « Formuler une plainte » sur le site <https://www.humania.ca/formuler-plainte>.

Vous pouvez aussi consulter l'Autorité des marchés financiers, à l'adresse suivante : www.lautorite.qc.ca.