

**SOMMAIRE**

**Prêteur/Distributeur :** easyfinancial Services Inc. Services Inc., exploitée sous le nom commercial easyfinancière au Québec et easyfinancial dans le reste du Canada.

**Assureur :** American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride/American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride

**Montant maximal d'assurance :** 30 000 \$

**Numéros des polices d'assurance collective :** EF012017 et EFL012017

Régime de protection de prêt est une couverture facultative d'assurance-crédit collective offerte pour Votre Entente easyfinancial Services Inc.

La présente couverture d'assurance Vous est offerte par American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (« ABLAC ») qui prend en charge les assurances vie, maladie grave et invalidité totale (excepté au Québec) et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (« ABIC ») qui prend en charge les assurances perte d'emploi et invalidité totale (seulement au Québec) en vertu des polices d'assurance collective numéros EF012017 et EFL012017 (« Police »), respectivement, émises à easyfinancial Services Inc. ABLAC et ABIC ainsi que leurs sociétés affiliées et filiales exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination sociale Assurant®.

This Certificate of Insurance is also available in English.

**DEMANDES DE RÈGLEMENT ET QUESTIONS**


**Visitez-Nous en ligne :**  
[cartesfondes.assurant.com](http://cartesfondes.assurant.com)



**Téléphonez-Nous au :**  
 1-800-663-9822



**Écrivez-Nous à :**  
 Assurant  
 1945, rue King Est, bureau 100  
 Hamilton (Ontario) L8K 1W2

**Conseils utiles à suivre avant de contacter Assurant**


Passez en revue  
 Votre certificat  
 d'assurance



Écrivez Vos  
 questions pour ne  
 pas oublier de les  
 poser



Assurez-Vous  
 d'avoir l'information  
 de Votre prêt à  
 portée de la main

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE**
**QUI EST ADMISSIBLE**

Pour être admissible à la présente couverture facultative d'assurance-crédit collective, l'emprunteur principal et/ou le coemprunteur doivent satisfaire aux critères suivants au moment de l'adhésion :

- être un résident du Canada;
- être âgé d'au moins 18 ans;
- être âgé de moins de 70 ans.

**QUAND COMMENCE VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE**

Votre couverture d'assurance entre en vigueur à la Date d'entrée en vigueur indiquée dans Votre proposition d'assurance (« Proposition »).

**CE QUE VOUS PAYEZ**

Vous avez convenu que Nous pouvons facturer les primes d'assurance, plus les taxes applicables, comme indiquées dans Votre Proposition. Le coût de la couverture d'assurance est inclus dans Vos versements échelonnés réguliers.

Nous avons le droit de modifier les primes de temps en temps.

**À QUI NOUS PAYONS**

Nous verserons toutes les prestations directement au Prêteur pour réduire ou acquitter le solde impayé dû en vertu de l'Entente. Tout paiement de prestation sera versé en dollars canadiens.

**QUAND SE TERMINE VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE**

Votre couverture d'assurance prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- La date de résiliation de la Police;
- La date de Votre décès;
- La date à laquelle la dette contractée en vertu de l'Entente est acquittée, payée en entier ou refinancée;
- La date à laquelle le Prêteur demande l'annulation en raison du défaut de paiement de la dette contractée en vertu de l'Entente, selon le cas;
- La date à laquelle Nous recevons la demande d'annulation de Votre couverture d'assurance;
- La date à laquelle Vous atteignez l'âge de 75 ans;
- La date à laquelle une prestation d'assurance vie ou d'assurance maladie grave est payée en vertu de ce certificat d'assurance.

**COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

En cas de sinistre, accédez au site [cartesfondes.assurant.com](http://cartesfondes.assurant.com) pour obtenir de l'information sur la présentation et la soumission d'une demande de règlement ou téléphonez-Nous au 1-800-663-9822.

Les formulaires de demande de règlement doivent être remplis, à Vos frais, et transmis en ligne ou postés à Notre bureau à l'adresse indiquée dans la section « Demandes de règlement et questions ». Les formulaires de demande de règlement doivent être présentés dans les 90 jours du sinistre, sauf en cas de décès auquel cas il faut Nous faire parvenir le formulaire de demande de règlement dès que cela est raisonnablement possible. L'omission de déclarer le sinistre dans la période prévue pourrait invalider Votre demande de règlement.

Il se pourrait que Nous demandions des renseignements supplémentaires ou des preuves médicales à l'appui de Votre demande de règlement ou un examen plus approfondi par un médecin de Notre choix.

**CE QUI ARRIVE SI VOTRE SINISTRE EST ADMISSIBLE À PLUS D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

Dans le cas où un sinistre est admissible en vertu de plus d'une assurance, une seule prestation est payée. La prestation sera limitée à la prestation la plus élevée.

Si l'emprunteur principal et le coemprunteur sont tous deux assurés et sont admissibles aux prestations en même temps, Nous payerons des prestations à une personne assurée seulement.

**CE QUI ARRIVE À LA COUVERTURE D'ASSURANCE EN CAS DE REFINANCIEMENT**

Lorsqu'une demande de règlement est refusée en raison d'exclusions comme Condition préexistante, suicide, Perte d'emploi dans les deux premiers jours suivant la Date d'entrée en vigueur ou réception d'un avis de Perte d'emploi avant la Date d'entrée en vigueur, Nous pouvons verser une prestation si :

- (1) les fonds avancés en vertu de l'Entente ont été utilisés pour régler en entier un contrat de prêt antérieur conclu avec le Prêteur (« Prêt antérieur »);
- (2) il y a eu une période de couverture d'assurance ininterrompue auprès de l'Assureur.

Si Vous auriez eu droit à une prestation en fonction de la Date d'entrée en vigueur couvrant le Prêt antérieur :

- Le montant de la prestation d'assurance vie ou d'assurance maladie grave sera le moins élevé des montants suivants :
  - (i) le solde impayé du Prêt antérieur à la date de libération de la dette;
  - (ii) le solde impayé dû en vertu de l'Entente à la Date du sinistre.
- Le montant de la prestation d'Invalidité totale ou de Perte d'emploi sera égal au versement échelonné régulier du Prêt antérieur qui a précédé immédiatement la libération de la dette.

## DÉFINITIONS

**Condition préexistante.** 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 autorisé, au cours des 12 mois précédant la Date d'entrée en vigueur lorsque ladite condition entraîne, directement ou indirectement, un décès, une Maladie grave ou une Invalidité totale dans les trois (3) premiers mois suivant la Date d'entrée en vigueur.

**Date d'entrée en vigueur.** La date à laquelle Votre couverture d'assurance entre en vigueur telle qu'elle indiquée dans Votre Proposition qui accompagne le présent certificat d'assurance.

**Date du sinistre.** La date du décès, la date du Diagnostic, le premier jour de l'Invalidité totale ou la date de la Perte d'emploi, selon le cas.

**Diagnostic.** Le diagnostic d'une Maladie grave, pour la première fois de Votre vie, posé par un médecin autorisé et justifié par des documents.

**Employé et Emploi.** Le fait de travailler contre salaire ou gains à raison d'au moins 16 heures par semaine auprès d'un seul ou plusieurs Employeurs.

**Employeur.** La personne ou l'entité auprès de laquelle Vous êtes Employé. Cela exclut Vous-même et toute personne ou entité sur laquelle Vous pouvez exercer un contrôle.

**Entente.** L'entente garantie conclue avec le Prêteur, incluant les modifications qui peuvent y être apportées de temps en temps, qui est assurée en vertu du présent certificat d'assurance.

**Invalidité totale et Totalelement invalide.** Une condition médicale diagnostiquée par un médecin autorisé et qui Vous empêche d'exercer les activités normales de Votre vie quotidienne, y compris les tâches normales de Votre emploi ou de Votre travail indépendant.

**Maladie grave.** N'importe laquelle des maladies ou conditions médicales suivantes : infarctus du myocarde, cancer (c.-à-d. diagnostic définitif d'une tumeur par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus), accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale ou greffe d'un organe vital.

**Nous, Notre et Nos.** American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride et/ou American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride, soit l'assureur d'une assurance particulière pris individuellement ou les assureurs pris collectivement, selon le cas.

**Perte d'emploi.** La perte involontaire d'un Emploi en raison d'une mise à pied, d'un congédiement non justifié, d'un conflit de travail, d'une grève ou d'un lock-out. Si Votre Emploi est auprès de plusieurs Employeurs, Vous devez subir la perte involontaire d'un travail d'au moins 16 heures par semaine ou de plus d'un travail d'au moins 16 heures au total par semaine.

**Vous, Votre et Vos.** L'emprunteur principal et/ou le coemprunteur nommés dans la Proposition qui ont fait la demande de l'assurance et paient les primes énoncées en conformité avec les modalités du certificat d'assurance.

## COUVERTURE D'ASSURANCE

### ASSURANCE VIE

#### Ce que Nous couvrons

À la réception d'une preuve jugée satisfaisante de Votre décès, Nous verserons une prestation si, à la Date du sinistre, Vous êtes assuré et âgé de moins de 75 ans.

#### Ce que Nous payons

Nous verserons une prestation en une somme forfaitaire qui sera égale au solde impayé dû en vertu de Votre Entente à la Date du sinistre, jusqu'à concurrence de 30 000 \$.

#### Ce que Votre succession doit Nous fournir

Nous devons recevoir un formulaire de demande de règlement dûment rempli avec tous les documents justificatifs que Nous exigeons.

#### Ce que Nous ne couvrons pas

Aucune prestation ne sera versée lorsque le décès est le résultat direct ou indirect de ce qui suit :

- une Condition préexistante;
- un suicide au cours des 24 premiers mois suivant la Date d'entrée en vigueur.

### ASSURANCE MALADIE GRAVE

#### Ce que Nous couvrons

À la réception d'une preuve jugée satisfaisante de Votre Maladie grave, Nous verserons une prestation si, à la Date du sinistre, Vous êtes assuré et âgé de moins de 75 ans.

#### Ce que Nous payons

Nous verserons une prestation en une somme forfaitaire qui sera égale au solde impayé dû en vertu de Votre Entente à la Date du sinistre, jusqu'à concurrence de 30 000 \$.

#### Ce que Vous devez Nous fournir

Nous devons recevoir un formulaire de demande de règlement dûment rempli avec tous les documents justificatifs que Nous exigeons.

#### Ce que Nous ne couvrons pas

Aucune prestation ne sera versée lorsque la Maladie grave est le résultat direct ou indirect d'une Condition préexistante.

### ASSURANCE INVALIDITÉ TOTALE

#### Ce que Nous couvrons

À la réception d'une preuve jugée satisfaisante de Votre Invalidité totale, Nous verserons des prestations si Vous :

- êtes assuré et âgé de moins de 75 ans à la Date du sinistre;
- demeurez Totalelement invalide pendant au moins 10 jours consécutifs;
- êtes régulièrement suivi par un médecin autorisé.

#### Ce que Nous payons

Le montant de la prestation est égal au versement échelonné régulier à la Date du sinistre.

Le paiement initial de prestation sera versé rétroactivement à la Date du sinistre. Si Vous demeurez Totalelement invalide et fournissez des documents pertinents concernant la continuité de Votre demande de règlement, les paiements de prestation subséquents seront effectués selon la fréquence de Vos versements indiqué dans l'Entente.

#### Quand se termine le versement des prestations

Les paiements de prestation cesseront d'être versés à la première des éventualités suivantes :

- Vous n'êtes plus Totalelement invalide;
- Nous avons payé la période maximale de 12 mois ou le montant maximal de 18 000 \$ par demande de règlement.

#### Ce que Vous devez Nous fournir

Nous devons recevoir un formulaire de demande de règlement dûment rempli avec tous les documents justificatifs que Nous exigeons.

#### Ce que Nous ne couvrons pas

Aucune prestation ne sera versée lorsque l'Invalidité totale est le résultat direct ou indirect de ce qui suit :

- une Condition préexistante;
- une blessure auto-infligée intentionnelle.

#### Ce qui arrive si Vous êtes de nouveau totalement invalide

À la suite d'une période d'indemnisation pour Invalidité totale, Vous pouvez être admissible à une nouvelle demande de règlement si Votre médecin autorisé confirme que :

- Vous vous êtes remis de Votre Invalidité totale antérieure si Vous êtes atteint d'une nouvelle Invalidité totale;
- Vous vous êtes remis de Votre Invalidité totale antérieure depuis une période d'au moins 60 jours consécutifs si Vous êtes atteint de la même Invalidité totale.

Veillez noter que toutes les modalités énoncées dans le présent certificat d'assurance s'appliquent à toute nouvelle demande de règlement.

Vous pouvez être en mesure de poursuivre Votre demande de règlement existante pour Invalidité totale, sous réserve du nombre maximal de paiements de prestation en vertu de cette demande de règlement, si Votre médecin autorisé confirme qu'en moins de 60 jours de rétablissement de Votre Invalidité totale antérieure, Vous êtes devenu à nouveau Totalelement invalide en raison de la même Invalidité totale.

## ASSURANCE PERTE D'EMPLOI

### Ce que Nous couvrons

À la réception d'une preuve jugée satisfaisante de Votre Perte d'emploi, Nous verserons des prestations si Vous :

- êtes assuré et âgé de moins de 75 ans à la Date du sinistre;
- êtes Employé depuis au moins 60 jours consécutifs immédiatement avant la Date du sinistre.

### Ce que Nous payons

Le montant de la prestation est égal au versement échelonné régulier à la Date du sinistre.

Le paiement initial de prestation sera versé rétroactivement à la Date du sinistre. Si Vous continuez d'être en chômage involontaire et que Vous fournissez des documents pertinents concernant la continuité de Votre demande de règlement, les paiements de prestation subséquents seront effectués selon la fréquence de Vos versements indiqué dans l'Entente.

### Quand se termine le versement des prestations

Les paiements de prestation cesseront d'être versés à la première des éventualités suivantes :

- Vous reprenez un Emploi;
- Nous avons payé la période maximale de 12 mois ou le montant maximal de 18 000 \$ par demande de règlement.

### Ce que Vous devez Nous fournir

Nous devons recevoir un formulaire de demande de règlement dûment rempli avec tous les documents justificatifs que Nous exigeons.

### Ce que Nous ne couvrons pas

Aucune prestation ne sera payée pour une Perte d'emploi qui est la cause ou la conséquence de ce qui suit :

- le chômage saisonnier normal;
- n'importe quelle raison dans les deux premiers jours suivant la Date d'entrée en vigueur;
- une perte d'emploi dont Vous êtes avisé par écrit avant la Date d'entrée en vigueur;
- un congédiement justifié ou une démission qui n'est pas admissible aux prestations d'assurance-emploi auprès d'Emploi et Développement social Canada.

### Ce qui arrive si Vous êtes de nouveau sans emploi

À la suite d'une période d'indemnisation pour Perte d'emploi, Vous pouvez être admissible à une nouvelle demande de règlement si Vous retournez à un Emploi durant une période d'au moins 60 jours consécutifs. Veuillez noter que toutes les modalités énoncées dans le présent certificat d'assurance s'appliquent à toute nouvelle demande de règlement.

Vous pouvez être en mesure de poursuivre Votre demande de règlement existante pour Perte d'emploi, sous réserve du nombre maximal de paiements de prestation en vertu de cette demande de règlement, si Vous retournez à un Emploi pendant moins de 60 jours consécutifs.

## CONDITIONS LÉGALES

Sauf indication contraire expresse énoncée dans le présent certificat d'assurance ou dans la Police, les conditions légales qui suivent s'appliquent à toutes les assurances et prestations décrites dans le présent certificat d'assurance.

### Droit d'annuler

Vous avez 30 jours pour examiner le présent certificat d'assurance. Si Vous avez des questions concernant la couverture d'assurance ou que Vous n'êtes pas entièrement satisfait et souhaitez l'annuler, veuillez consulter la section « Demandes de règlement et questions » pour connaître Nos coordonnées.

Si Vous annulez la couverture d'assurance dans les 30 jours de la réception de Votre certificat d'assurance, toute prime payée (y compris les taxes applicables) sera remboursée au Prêteur qui portera le remboursement au crédit de Votre Compte, moins tout montant payé au titre d'une demande de règlement, et le certificat d'assurance sera annulé.

Si Vous annulez la couverture d'assurance après les 30 jours, seules les primes payées relativement à la période qui suit l'annulation (y compris les taxes applicables) seront remboursées à Votre compte.

Selon le cas, Nous pouvons exiger qu'une demande d'annulation soit présentée par écrit. Si l'emprunteur principal et le coemprunteur sont tous deux assurés, ils doivent conjointement demander l'annulation.

### Erreur sur l'âge

Si Vous avez fait une fausse déclaration d'âge et que Vous étiez âgé de moins de 18 ans ou de 70 ans ou plus au moment de l'adhésion, Notre responsabilité se limitera à un remboursement de toutes les primes payées (y compris les taxes applicables).

### Cession

Vous ne pouvez céder à personne Vos droits et intérêts concernant la couverture d'assurance.

### Le présent certificat d'assurance et la Police

Le présent certificat d'assurance renferme les modalités de la Police dans la mesure où elles concernent Votre couverture d'assurance. S'il existe une divergence entre le présent certificat d'assurance et la Police, la Police aura préséance sauf stipulation contraire d'une loi applicable.

### Modifications

Les modalités du présent certificat d'assurance ne peuvent être modifiées ni faire l'objet de renonciation sauf par Nous. Si Nous effectuons une modification, Vous recevrez un avis écrit avant la prise d'effet d'une telle modification.

### Résiliation de la Police

Nous Nous réservons le droit de résilier la Police. Dans cette éventualité, Nous Vous aviserons par écrit au moins 30 jours avant la date de prise d'effet de la résiliation, et Nous respecterons toutes les demandes de règlement recevables présentées avant cette date.

### Poursuite judiciaire

Toute action ou poursuite judiciaire intentée contre un assureur dans le but d'obtenir un paiement du produit de l'assurance aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai applicable établi par la *Loi sur les assurances*, la *Loi sur la prescription des actions* ou par toute autre loi applicable dans Votre province ou territoire.

### Si Vous avez une préoccupation ou une plainte

Si Vous avez une préoccupation ou une plainte concernant Votre couverture d'assurance, veuillez Nous téléphoner au 1-800-663-9822. Nous ferons Notre possible pour répondre à Votre préoccupation ou régler Votre plainte. Si, pour une raison quelconque, Nous ne sommes pas en mesure de le faire à Votre entière satisfaction, Vous pouvez envoyer votre préoccupation ou plainte par écrit à un organisme externe indépendant. Vous pouvez obtenir une information détaillée concernant Notre processus de règlement et le recours externe en Nous téléphonant au numéro susmentionné ou en visitant l'adresse suivante : [www.assurant.ca/fr-ca/traitement-des-plaintes](http://www.assurant.ca/fr-ca/traitement-des-plaintes)

### Copies de la Police ou de la proposition d'assurance

Vous, ou toute autre personne qui présente une demande de règlement au titre du présent certificat d'assurance, pouvez demander un exemplaire de la Police et (le cas échéant) une copie de Votre proposition d'assurance en communiquant avec Assurant à l'adresse indiquée ci-dessous.

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

### Rubriques

Toutes les rubriques dans le présent certificat d'assurance sont utilisées uniquement à des fins de commodité et n'auront aucune incidence sur l'interprétation du certificat d'assurance.

En foi de quoi, American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride ont fait que le présent certificat d'assurance soit émis.



Agent principal

**SUMMARY**

**Lender/Distributor:** easyfinancial Services Inc., carries on business under the tradename easyfinancière in Quebec and easyfinancial in the rest of Canada.

**Insurer:** American Bankers Insurance Company of Florida/American Bankers Life Assurance Company of Florida

**Maximum Amount of Insurance:** \$30,000

**Group Master Policy numbers:** EF012017 and EFL012017

Loan Protection Plan is optional group creditor insurance coverage for Your easyfinancial Services Inc. Agreement.

This insurance coverage is provided to You by American Bankers Life Assurance Company of Florida (“ABLAC”), which underwrites the Life, Critical Illness and Total Disability (except in Quebec) coverage and American Bankers Insurance Company of Florida (“ABIC”), which underwrites the Job Loss and Total Disability (Quebec only) coverage under Group Master Policy numbers EF012017 and EFL012017 (“Policy”), respectively, issued to easyfinancial Services Inc. ABIC and ABLAC, their subsidiaries, and affiliates carry on business in Canada under the trade name of Assurant®.

Ce certificat d’assurance est aussi disponible en français.

**FOR CLAIMS AND INQUIRIES**


**Visit Us Online at:**  
[cardbenefits.assurant.com](http://cardbenefits.assurant.com)



**Call Us at:**  
 1-800-663-9822



**Write to Us at:**  
 Assurant  
 1945 King Street East, Suite 100  
 Hamilton, Ontario L8K 1W2

**Helpful Tips Before Contacting Assurant**


Review Your  
 Certificate of  
 Insurance



Note Your  
 Questions



Have Your loan  
 information  
 available

**IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR INSURANCE COVERAGE**
**WHO IS ELIGIBLE**

To be eligible for this optional group creditor insurance coverage, the Primary Borrower and/or Co-Borrower, at time of enrolment, must be:

- a resident of Canada;
- at least 18 years of age; and
- under 70 years of age.

**WHEN YOUR INSURANCE COVERAGE STARTS**

Your insurance coverage starts on the Effective Date shown on Your Application for Insurance (“Application”).

**WHAT YOU PAY**

You have agreed that We can charge the insurance premium plus applicable taxes shown on Your Application. The cost of the insurance is included in Your regular installment payments.

We have the right to change the premium from time to time.

**WHO WE PAY**

We will make all claim payments directly to the Lender to reduce or extinguish the balance owing on the Agreement. All benefit payments are made in Canadian dollars.

**WHEN YOUR INSURANCE COVERAGE ENDS**

Your insurance coverage automatically ends at the earliest of the following dates:

- The date on which the Policy is terminated;
- The date of Your death;
- The date the indebtedness under the Agreement is discharged, paid in full or refinanced;
- The date the Lender requests cancellation due to default of the indebtedness under the Agreement, if applicable;
- The date on which We receive the request to cancel Your insurance coverage;
- The date on which You turn 75; or
- The date a benefit under Life or Critical Illness insurance is paid under this Certificate of Insurance.

**HOW TO SUBMIT A CLAIM**

In the event of a claim, log on to [cardbenefits.assurant.com](http://cardbenefits.assurant.com) for information on how to complete and submit a claim or call Us at 1-800-663-9822.

Claim forms are to be completed, at Your expense, and submitted online or sent to Us at Our office at the address shown in the “For Claims and Inquiries” section within 90 days of the loss, except for a Life insurance claim which should be sent to Us as soon as reasonably possible. Failure to report the claim in the stated period may invalidate Your claim.

We may ask for additional information, medical evidence to support Your claim or request further examination by a physician of Our choice.

**WHAT HAPPENS IF THERE ARE MULTIPLE CLAIMS AT THE SAME TIME**

If a loss is eligible under more than one insurance, only one benefit is payable. Such benefit will be the more generous one.

If the Primary Borrower and Co-Borrower are insured and are eligible for benefits at the same time, We will pay benefits to one insured only.

**WHAT HAPPENS TO YOUR INSURANCE COVERAGE WHEN YOU REFINANCE**

When a claim is denied based on the following exclusions: Pre-Existing Condition, suicide, Job Loss within 2 days of, or receipt of notice of job loss prior to, the Effective Date, We may still pay a benefit if:

- (1) funds being advanced under the Agreement were used to pay a previous loan agreement with the Lender (“Previous Loan”) in full; and
- (2) there has been continuous insurance coverage by the Insurer.

If You would have been entitled to receive a benefit based on the effective date of the insurance covering the Previous Loan,

- Your Life or Critical Illness insurance benefit amount will be the lesser of:
  - (i) the outstanding balance of the Previous Loan on the date of discharge; and
  - (ii) the outstanding balance under the Agreement as of the Date of Loss.
- Your Total Disability or Job Loss insurance benefit amount will be the regular instalment payment of the Previous Loan immediately prior to discharge.



## DEFINITIONS

**Agreement.** Your secured agreement with the Lender, as may be amended from time to time, that is insured under this Certificate of Insurance.

**Critical Illness.** Any one of the following illnesses or conditions: heart attack, cancer (definite diagnosis of a malignant tumour characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of tissue), stroke, kidney failure or a major organ transplant.

**Date of Loss.** The date of death, the date of Diagnosis, the first day of Total Disability or the date of Job Loss, as applicable.

**Diagnosis.** The diagnosis of a Critical Illness for the first time in Your life by a licensed physician, supported by documentation.

**Effective Date.** The date Your insurance coverage becomes effective, as shown on Your Application that accompanies this Certificate of Insurance.

**Employed and Employment.** Working for salary or wages for at least 16 hours per week, for one or more Employer(s).

**Employer.** The person or entity by which You are Employed and does not include You or any person or entity controlled by You.

**Job Loss.** Involuntary loss of Employment due to layoff, dismissal without cause, labour disputes, strike, and lockouts. If Your Employment is for more than one Employer, You must experience the involuntary loss of the job(s) where You were working a total of at least 16 hours per week.

**Pre-Existing Condition.** 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 licensed physician, during the 12 months prior to the Effective Date, and where such condition caused, directly or indirectly, death, Critical Illness or Total Disability to occur within the 3 months following the Effective Date.

**Totally Disabled and Total Disability.** Any medical condition that has been diagnosed by a licensed physician to prevent You from performing Your normal activities of daily living including the regular duties of Your employment or self-employment.

**We, Us and Our.** American Bankers Insurance Company of Florida and/or American Bankers Life Assurance Company of Florida, the Insurer of the specific coverage individually or the Insurers collectively, as applicable.

**You and Your.** The Primary Borrower and/or Co-Borrower named on the Application, who have requested the insurance coverage and the indicated premium is paid in accordance with the Certificate of Insurance.

## INSURANCE COVERAGE

### LIFE INSURANCE

#### What We Cover

Upon receipt of satisfactory proof of Your death, We will pay a benefit if, on the Date of Loss, You are insured and under the age of 75.

#### What We Pay

We will pay a lump sum benefit equal to the amount of the unpaid balance due under Your Agreement on the Date of Loss, up to \$30,000.

#### What We Need Your Estate to Provide

We must receive a completed claim form and any supporting documents as required by Us.

#### What We Don't Cover

No benefit will be paid for death resulting directly or indirectly from:

- a Pre-Existing Condition; or
- suicide within the first 24-month following the Effective Date.

### CRITICAL ILLNESS INSURANCE

#### What We Cover

Upon receipt of satisfactory proof of Your Critical Illness, We will pay a benefit, if on the Date of Loss, You are insured and under the age of 75.

#### What We Pay

We will pay a lump sum benefit equal to the amount of the unpaid balance due under Your Agreement on the Date of Loss, up to \$30,000.

#### What We Need You to Provide

We must receive a completed claim form and any supporting documents as required by Us.

#### What We Don't Cover

No benefit will be paid for a Critical Illness resulting directly or indirectly from a Pre-Existing Condition.

### TOTAL DISABILITY INSURANCE

#### What We Cover

Upon receipt of satisfactory proof of Your Total Disability, We will pay benefit(s), if You:

- are insured and under the age of 75 on the Date of Loss,
- remain Totally Disabled for at least 10 consecutive days; and
- are regularly seen by a licensed physician.

#### What We Pay

The benefit is equal to the regular installment payment as of the Date of Loss.

The initial benefit payment will be made retroactively to the Date of Loss. If You remain Totally Disabled and provide appropriate claim documentation of continuing Total Disability, the subsequent benefits will be paid following Your payment frequency as shown on the Agreement.

#### When Your Benefits End

Your benefit payments will end on the earliest of the following:

- You are no longer Totally Disabled;
- We have paid the maximum payment period of 12 months or the maximum of \$18,000 per claim.

#### What We Need You to Provide

We must receive a completed claim form and any supporting documents as required by Us.

#### What We Don't Cover

No benefits will be paid for a Total Disability that results directly or indirectly from:

- a Pre-Existing Condition; or
- intentionally self-inflicted injury.

#### What if You are Totally Disabled Again

After the completion of benefit payments under a Total Disability claim, You may be re-eligible for a new claim if Your licensed physician confirms that You:

- have recovered from Your prior Total Disability, if You are suffering from a new Total Disability; or
- have recovered from Your prior Total Disability for a period of at least 60 consecutive days if you are Totally Disabled again from the same condition.

Please note that all the terms in this Certificate of Insurance apply to any new claim.

You may be able to continue Your existing Total Disability claim, subject to the maximum benefits payable under that claim, if Your licensed physician confirms that You have become Totally Disabled again from the same condition in less than 60 days after You recovered from Your prior Total Disability.

## JOB LOSS INSURANCE

### What We Cover

Upon receipt of satisfactory proof of Your Job Loss, We will pay benefit(s) if You:

- are insured and under the age of 75 on the Date of Loss; and
- have been Employed for at least 60 consecutive days immediately prior to the Date of Loss.

### What We Pay

The benefit is equal to the regular installment payment as of the Date of Loss.

The initial benefit payment will be made retroactively to the Date of Loss. If You remain involuntarily unemployed and provide appropriate claim documentation of involuntary unemployment, the subsequent benefits will be paid following Your payment frequency as shown on the Agreement.

### When Your Benefits End

Your benefit payments will end on the earliest of the following:

- You return to Employment;
- We have paid the maximum payment period of 12 months or the maximum of \$18,000 per claim.

### What We Need You to Provide

We must receive a completed claim form and any supporting documents as required by Us.

### What We Don't Cover

No benefits will be paid for a Job Loss due to or resulting from:

- normal seasonal unemployment;
- any reason within 2 days of the Effective Date;
- unemployment for which written notice of pending job loss was provided prior to the Effective Date; or
- dismissal with cause or resignation that is not eligible for Employment Insurance benefits through Employment and Social Development Canada.

### What if You Experience Job Loss Again

After the completion of benefit payments under a Job Loss claim, You may be re-eligible for a new claim if You return to Employment for a period of at least 60 consecutive days. Please note that all the terms in this Certificate of Insurance apply to any new claim.

You may be able to continue Your existing Job Loss claim, subject to the maximum benefits payable under that claim, if You return to Employment for less than 60 consecutive days.

## STATUTORY PROVISIONS

Unless otherwise expressly provided in this Certificate of Insurance or in the Policy, the following statutory provisions apply to all insurances and benefits described in this Certificate of Insurance.

### Right to Cancel

You have 30 days to examine this Certificate of Insurance. If You have any questions regarding the insurance coverage or You are not completely satisfied and wish to cancel the insurance coverage, please refer to the section "For Claims and Inquiries" for Our contact information.

If You cancel within 30 days of receiving Your Certificate of Insurance, any premium paid (including applicable taxes) will be refunded to the Lender who will apply the refund to Your Account, less any amounts paid under a claim, and this Certificate of Insurance will be void.

If You decide to cancel any time after 30 days, only the premium paid (including applicable taxes) for any period after the cancellation will be refunded to Your Account.

For cancellation, We may require a written request to be provided to Us. If Primary Borrower and Co-Borrower are insured, both must request the cancellation.

### Misstatement of Age

Our liability is limited to a refund all premiums (including applicable taxes), as applicable, if You misstated Your age and were under 18 years of age or 70 years of age or older at time of enrolment.

### Assignment

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

### This Certificate of Insurance and the Policy

This Certificate of Insurance contains the terms of the Policy as they relate to Your insurance coverage. In the case of any discrepancy between this Certificate of Insurance and the Policy, unless otherwise required by applicable law, it is the Policy that governs.

### Changes

The terms in this Certificate of Insurance cannot be changed or waived except by Us. If changes are made by Us, You will receive written notice before the effective date of such change.

### Termination of Policy

We reserve the right to terminate the Policy. If this happens, We will provide at least 31 days advance written notice before the effective date of termination, and We will honour all valid claims arising before that date.

### Legal Action

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

### If You Have a Concern or Complaint

If You have a concern or complaint about Your insurance coverage, please call Us at 1-800-663-9822. We will do our best to resolve Your concern or complaint. If for some reason We are unable to do so to Your satisfaction, You may pursue the concern or complaint in writing to an independent external organization. You may obtain detailed information about Our resolution process and the external recourse either by calling Us at the number listed above or at: [www.assurant.ca/customer-assistance](http://www.assurant.ca/customer-assistance)

### Copies of the Policy/Application

You, or a person making a claim under this Certificate of Insurance, may request a copy of the Group Policy and/or a copy of Your Application (if applicable) by contacting Assurant at the address below.

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

### Headings

All section headings used in this Certificate of Insurance are purely for convenience and shall not affect the interpretation of this Certificate of Insurance.

In Witness Whereof, American Bankers Insurance Company of Florida and American Bankers Life Assurance Company of Florida have caused this Certificate of Insurance to be issued.



Chief Agent