
DIVULGATION :

LE PRÉSENT DOCUMENT EST UN SOMMAIRE DES AVANTAGES OFFERTS POUR VOUS AIDER À PRENDRE VOTRE DÉCISION. REPORTEZ-VOUS À L'EXEMPLAIRE DU CERTIFICAT D'ASSURANCE POUR OBTENIR DES EXPLICATIONS OU DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS.

NOM DU PRODUIT D'ASSURANCE

Assurance en cas d'invalidité ou de perte d'emploi sur prêt personnel - Police d'assurance collective
n°20260012

TYPE DE PRODUIT D'ASSURANCE ET PUBLIC CIBLE

Assurance Collective en cas d'invalidité ou de perte d'emploi d'un débiteur accordée sur les Prêts Personnels auprès de Fairstone Financière Inc. (ci-après, la « Financière Fairstone ») et qui donne droit à une prestation en cas d'Invalidité Totale ou de Perte d'Emploi de l'assuré.

NOM ET ADRESSE DE L'ASSUREUR :

Compagnie d'assurance Triton
1420 - 380, rue Wellington Street
London (Ontario)
N6A 5B5
Numéro de téléphone : 1 800 285-8623
Numéro de télécopieur : 1 877 772-2623
Numéro de client à l'Autorité des marchés financiers : 2001065561

NOM ET ADRESSE DU DISTRIBUTEUR :

Fairstone Financière Inc.
630, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 1400
Montréal (Québec)
H3B 4Z9
Numéro de téléphone : 1 866 915-9423

SITE WEB DE L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS :

WWW.LAUTORITE.QC.CA

DÉFINITIONS

Emprunteur Assuré :	Quand vous contractez un Prêt Personnel, vous êtes l' Emprunteur .
Invalidité :	Signifie une Invalidité Totale .
Cessation d'emploi par décision de l'Employeur :	L'Employeur met fin à la relation de travail qui le lie à vous .
Perte d'emploi :	Lorsque vous êtes involontairement en chômage en raison d'un Licenciement , de la Cessation d'emploi par décision de l'employeur ou d'un Lockout .
Licenciement:	L'employeur rompt le contrat de travail pour une mise à pied non saisonnière.
Lockout :	Lorsque l'employeur ferme temporairement votre lieu de travail sans officiellement mettre fin à la relation de travail qui le lie à vous et aux autres employés.
Emploi principal :	Un emploi dans lequel vous obtenez un salaire ou une paie en travaillant au moins 120 heures par mois pour un employeur.
Travailleur Saisonnier :	Un candidat dont les revenus ont été vérifiés par la Financière Fairstone grâce à l'une des méthodes approuvées pour les Travailleurs Saisonniers .
Invalidité Totale/ Totalelement Invalide :	Une invalidité causée par une blessure accidentelle ou découlant d'une maladie qui se poursuit de manière ininterrompue pendant 30 jours consécutifs ou plus et qui vous place dans l'impossibilité toute activité dans le cadre de votre Emploi principal . Si vous êtes un Travailleur Saisonnier , l'invalidité vous empêcherait d'exercer toute activité dans le cadre de votre emploi saisonnier.
Nous / Notre / Nos :	Compagnie d'assurance Triton
Vous / Votre / Vos :	L' Emprunteur Assuré .

A. DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS



1. CE QUI VISE LA COUVERTURE:

Si **vous** devenez **Totalement Invalide** ou que vous perdez **votre Emploi principal**, l'assurance peut effectuer les paiements mensuels de votre prêt.

Il existe des conditions, des limites et des exclusions.



2. PERSONNES COUVERTES

Seul l'**Emprunteur Assuré** peut être couvert par l'assurance en cas d'**Invalidité** et de **Perte d'Emploi**.



3. VOUS POUVEZ ÊTRE COUVERT SI VOUS :

- 1) détenez un Prêt personnel auprès de la Financière Fairstone;
- 2) n'atteindrez pas l'âge de 71 ans avant la Date d'Exigibilité du dernier paiement mensuel du Prêt indiquée dans la section « Détails de Votre Prêt » dans votre document de Prêt personnel; et
- 3) avez signé le formulaire de demande.

A. Pour la couverture en cas d'Invalidité, vous devez également :

- a) travailler à **votre Emploi Principal** à la **Date d'Entrée en Vigueur**; ou
- b) si vous êtes un **Travailleur Saisonnier**, votre revenu doit avoir été vérifié par la Financière Fairstone grâce à la méthode de vérification pour traiter les **Travailleurs Saisonniers**.

B. Pour la couverture en cas de Perte d'Emploi, vous devez souscrire à la couverture facultatif en cas d'Invalidité offerte par nous sur votre Prêt personnel en même temps que votre Prêt personnel et :

- a) vous devez travailler à **votre Emploi principal** depuis les 90 jours qui ont précédé l'entrée en vigueur de l'assurance;
- b) vous devez cotiser actuellement à l'assurance-emploi (AE), si vous travaillez au Canada; et
- c) vous ne devez pas être un travailleur autonome, un employé saisonnier, ni un militaire actif de l'armée.



4. PRESTATION VERSÉE EN VERTU DE L'ASSURANCE

La prestation mensuelle que **nous** verserons correspond au montant **INFÉRIEUR** parmi les suivants :

- 1) le paiement mensuel de **votre** prêt; ou
- 2) 1 250 \$.

La prestation sera établie en fonction du nombre de jours que **vous** êtes invalide ou en chômage. **Nous** ne paierons pas plus de 12 mois après la durée de la couverture d'assurance pour la **Perte d'Emploi**.

Il existe aussi certaines restrictions et exclusions. Veuillez consulter la section « B » ci-dessous.



5. PRIMES D'ASSURANCE

Les primes d'assurance doivent être versées tous les mois et sont calculées selon **votre** versement mensuel à la Financière Fairstone et de **votre** province de résidence. Reporter-vous à votre Sommaire de l'offre de Prêt avant clôture de votre Prêt personnel pour une estimation de **votre** prime mensuel.

Le distributeur pourrait recevoir jusqu'à 58 % de la prime pour le remboursement de ses dépenses.



6. ENTRÉE EN VIGUEUR DE VOTRE ASSURANCE

En règle générale, la couverture entre en vigueur à la date de **votre** Prêt personnel. Cette date figurera sur **votre** certificat d'assurance.



7. DURÉE MAXIMALE DE VOTRE ASSURANCE

La durée maximale de **votre** assurance est la durée la plus courte parmi les éléments ci-dessous :

- 1) la durée de **votre** Prêt personnel; ou
- 2) 60 mois.

Votre assurance pourrait aussi être résiliée plus tôt pour diverses autres raisons, qui figurent dans **votre** certificat d'assurance, à la section C2 « Date à laquelle Votre Assurance prend fin ».



8. PÉRIODE MINIMALE D'INVALIDITÉ OU DE PERTE D'EMPLOI EN VUE DE RECEVOIR LA PRESTATION

Nous verserons une prestation d'**Invalidité** ou de **Perte d'emploi** après que **vous** soyez **Totalement Invalide** ou sans **Emploi Principal** pendant 30 jours consécutifs. Le versement des prestations débutera après cette période de 30 jours et comprendront les premiers 30 premiers jours d'**Invalidité Totale** ou de **Perte d'Emploi**.



9. DÉCLARATION INEXACTE DE L'ÂGE

Nous annulerons le certificat d'assurance à partir de la date de souscription si **vous** faites une déclaration inexacte de votre âge et n'auriez pas été admissible en raison de **votre** âge. **Nous** devons être mis au fait de la déclaration inexacte de **votre** âge au cours des trois premières années suivant la date d'entrée en vigueur figurant sur **votre** certificat d'assurance, et pendant que **vous** êtes toujours en vie. **Nous** procéderons à la résiliation de **votre** couverture dans les 60 jours suivant cette découverte.

B. EXCLUSIONS, RESTRICTIONS ET RÉDUCTIONS DE LA COUVERTURE

1. ASSURANCE INVALIDITÉ



RESTRICTION

Vous assumez la différence payable sur **votre** Prêt personnel si **votre** prestation mensuelle est inférieure au paiement mensuel actuel de **votre** Prêt personnel.



EXCLUSIONS

Nous ne verserons aucune prestation si **votre Invalidité** résulte de l'une des situations suivantes :

- 1) une grossesse normale;
- 2) une blessure accidentelle subie ou une maladie contractée à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique;
- 3) un acte de guerre, que la guerre ait été déclarée ou non;
- 4) une blessure intentionnelle auto-infligée; ou
- 5) une **Invalidité Totale** qui ne nécessite pas les soins réguliers d'un médecin.



EXCLUSION À L'ÉGARD DES CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Nous ne verserons pas des prestations si l'**Invalidité** découle d'une maladie, d'une affection ou d'une condition physique qui exigeait ou pour laquelle un diagnostic, des conseils, une consultation ou des soins médicaux ont été nécessaire ou recommandé au cours des six mois précédant la date à laquelle **vous** avez souscrit l'assurance et qui a entraîné **votre Invalidité Totale** dans les six mois suivant cette date.

Par exemple, si **vous** avez eu une crise cardiaque trois mois avant de souscrire à cette assurance et que **vous** devenez invalide en raison de ce trouble cardiaque le quatrième mois après avoir souscrit à cette assurance, **vous** ne serez pas couvert pour cette **Invalidité**. Cependant, si **votre Invalidité** a été causée par un accident ou un cancer, par exemple, **vous** pourriez être couvert. Si **vous** devenez **Totalement Invalide** en raison d'un problème cardiaque six mois après la date à laquelle **vous** avez souscrit à l'assurance, **votre Invalidité** serait alors couverte.

2. ASSURANCE PERTE D'EMPLOI



EXCLUSIONS

Cette assurance ne couvre aucune période de **Perte d'Emploi** lorsque **vous** :

- êtes mis à pied en raison d'une fermeture normale et de routine en vertu de la nature de **votre** emploi ou **votre** lieu de travail et qu'il s'agit d'une fermeture annuelle ou régulière après lequel **vous** prévoyez être rappelé;
- saviez, à la Date d'Entrée en Vigueur ou avant celle-ci, que **vous** alliez perdre **votre Emploi principal**;
- quittez **votre Emploi principal**, prenez un congé autorisé volontaire, prenez **votre** retraite ou une retraite anticipée;
- perdez **votre Emploi principal** en raison de l'échéance d'une période de travail précise ou de l'exécution du travail pour lequel **vous** aviez été engagé à contrat;
- perdez **votre Emploi principal** à la suite d'une blessure accidentelle ou d'une maladie;
- perdez **votre Emploi principal** en raison de **votre** consommation d'alcool, de stupéfiants ou de drogues;
- perdez **votre Emploi principal** en raison (i) du manquement à une règle de conduite établie par **votre** employeur, (ii) d'un geste commis défendu par **votre** employeur ou (iii) manquement volontaire à vos responsabilités en vertu des exigences de **votre** employeur;
- perdez **votre Emploi principal** en raison d'un acte criminel de **votre** part;
- êtes en grève ou perdez **votre Emploi principal** parce que **vous** étiez en grève;
- êtes employé de manière saisonnière;
- perdez **votre Emploi principal** dans les 30 jours suivant la début de **votre** assurance, sauf si cette assurance remplace une couverture antérieure sur un prêt renouvelé ou refinancé auprès de Fairstone et sans interruption dans le cadre de la Police Collective; ou
- perdez **votre Emploi principal** alors que vous travailliez à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique.

C. RÉSILIATION / ANNULATION



Vous pouvez résilier le certificat d'assurance en tout temps en **nous** faisant parvenir une demande écrite. Selon la date de la demande, deux situations peuvent s'appliquer :

- Dans les 30 jours suivant l'entrée en vigueur de **votre** assurance : **vous** pouvez annuler l'assurance et toute prime versée sera remboursée sur **votre** compte avec la Financière Fairstone.
- Après la période initiale de 30 jours : il vous sera toujours possible de résilier cette assurance et toute prime payé au-delà de la date d'entrée en vigueur de l'annulation de cette assurance sera remboursée sur **votre** compte avec la Financière Fairstone.

Il est possible que **Votre** assurance prenne fin automatiquement dans les conditions décrites dans l'exemplaire du certificat d'assurance. Pour de plus amples renseignements, consultez ce document.

D. AUTRES RENSEIGNEMENTS



Pour obtenir de plus amples renseignements sur le produit d'assurance décrit dans le présent sommaire ou pour obtenir une copie de la police d'assurance collective, **vous** pouvez communiquer avec **nous** sur **notre** site Web à www.compagniedassuranceitron.ca/. Vous trouverez **nos** coordonnées à la première page du présent sommaire. **Vous** pouvez aussi communiquer avec le distributeur. Ses coordonnées figurent également sur la première page du présent sommaire.

E. DEMANDES DE PRESTATIONS



SI VOUS DÉSIREZ PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS :

Nous devons être avisés dans les 60 jours suivant **votre Invalidité Totale** ou la perte de **votre Emploi Principal**, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Il est possible que **nous** ne versons pas de prestations en réponse à **votre** demande si **nous** recevons un avis plus de trois ans après que **vous** devenez **Totalement Invalide** ou perdez **votre Emploi Principal**.



FORMULAIRES DE DEMANDE DE PRESTATIONS

Nous fournirons les formulaires nécessaires pour soumettre une demande de prestations dans les 15 jours après que **nous** ayons une demande de prestations.

Pour soumettre une demande de prestations pour **Perte d'Emploi**, reportez-vous à l'exemplaire du certificat d'assurance puisqu'il pourrait y avoir d'autres exigences.

Dans les 30 jours après la réception de la preuve de l'invalidité ou de la perte d'emploi, **nous** ferons l'une des deux choses suivantes :

- 1) verser les prestations en vertu de **votre** certificat d'assurance;
- 2) aviser **vous**, le demandeur par écrit que **nous** jugeons qu'aucune prestation n'est payable.

Le premier versement de prestation aura lieu au plus tard 30 jours après la réception de la preuve de l'invalidité ou de la perte d'emploi. Toutefois, **nous** ne verserons aucun montant avant **votre Invalidité Totale** ou la perte d'emploi involontaire de **votre Emploi Principal** pendant au moins 30 jours consécutifs. Si vous êtes jugé admissible, les paiements subséquents seront versés chaque mois.



BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

En cas d'**Invalidité Totale** ou de **Perte d'Emploi**, **nous** verserons les prestations d'assurance à la Financière Fairstone afin que le montant soit appliqué comme versement sur **votre** Prêt personnel.



COMMUNIQUER AVEC NOTRE SERVICE DES DEMANDES

Pour communiquer avec **notre** service des demandes, **vous** pouvez composer le 1 800 285-8623.

Pour obtenir une copie d'un formulaire de réclamation, **vous** pouvez consulter notre site Web au www.compagniedassurancetriron.ca. **Vous** pouvez également communiquer le distributeur. Ses coordonnées se trouvent sur la première page du sommaire.

F. PLAINTES



SI VOUS AVEZ UNE PLAINTÉ À FORMULER:

Si **vous** croyez que **nous** n'avons pas respecté **nos** engagements, **vous** pouvez consulter **notre** Processus de plainte disponible sur **notre** site Web au www.compagniedassurancetriron.ca/concerns.