
AVIS :

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 immobilier – Polices d'assurance collective n° 20200006 (invalidité) et n° 20200007 (perte d'emploi)

TYPE DE PRODUIT D'ASSURANCE ET PUBLIC CIBLE

Assurance collective en cas d'invalidité ou de perte d'emploi débiteur accordée sur les prêts immobiliers 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
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 :	Quand vous contractez un prêt immobilier, 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 .
Assuré :	Seul l' emprunteur peut être couvert en cas d'invalidité ou de perte d'emploi.
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 par 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 demandeur dont les revenus ont été vérifiés par la Financière Fairstone grâce à l'une des méthodes approuvées pour traiter les travailleurs saisonniers .
Invalidité totale/ totalement 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 d'exercer 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 QUE VISE LA COUVERTURE

Si **vous** devenez **totale**ment **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

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 immobilier auprès de la Financière Fairstone;
- 2) n'avez pas atteint l'âge de 71 ans; et
- 3) avez signé le formulaire de demande d'assurance.

A. Pour la couverture en cas d'invalidité :

- a) vous devez également travailler à votre **emploi principal** à la **date d'entrée en vigueur** ou recevoir dans le cas présent des prestations d'**invalidité totale** en vertu d'un certificat précédent; ou
- b) si vous êtes un **travailleur saisonnier**, **votre** revenu doit avoir été vérifié par la **Financière Fairstone**;
- c) répondez aux critères d'admissibilité indiqués dans la proposition d'assurance de protection de prêt (le cas échéant) et avez été approuvé, et il n'y a pas eu d'interruption de la couverture.

B. Pour la couverture en cas de perte d'emploi, vous devez souscrire à la couverture en cas d'invalidité offerte par nous sur votre prêt immobilier 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;
- c) vous ne devez pas être un travailleur autonome, un employé saisonnier, ni un militaire.



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) 2 000 \$.

Le versement des prestations comprend également le total des primes d'assurance mensuelles. 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 pour une **invalidité totale**. **Nous** ne paierons pas plus de 12 mois pour une **invalidité totale**. **Nous** ne paierons pas plus de 12 mois pour une **perte d'emploi**.

Il existe aussi certaines restrictions et exclusions. Consultez la section B ci-dessous.

Si **vous** recevez une prestation mensuelle pour une **invalidité totale** ou une **perte d'emploi** au moment où **vous** renouvelez votre prêt, **vous** continuerez à recevoir les prestations mensuelles restantes de la couverture en vigueur au début de la période de prestation. Les prestations mensuelles se poursuivront tant et aussi longtemps que **vous** demeurez **totalelement invalide** ou involontairement au chômage, ou jusqu'à ce que **nous** versions le nombre maximal de prestations.



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 votre province de résidence. Reportez-vous à votre Sommaire de l'offre de prêt avant clôture pour une estimation de **votre** prime mensuelle. Tant que **votre** assurance sera en vigueur, **nous** sommes autorisés à réduire et à hausser **votre** prime d'assurance mensuelle. Si **nous** décidons de hausser la prime, **nous vous** donnerons un préavis écrit d'au moins 30 jours.

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, l'assurance entre en vigueur à la date de **votre** prêt immobilier. 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 :

- a) la période d'amortissement restante indiquée dans **votre** certificat d'assurance; ou
- b) 60 mois.

Votre assurance pourrait aussi être résiliée plus tôt pour diverses autres raisons qui figurent dans l'exemplaire du certificat d'assurance, à la section C3 de la page 3.



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

Nous verserons les prestations d'**invalidité** ou de **perte d'emploi** après que **vous** aurez été **totalelement invalide** ou sans **emploi principal** pendant 30 jours. Les versements débiteront après cette période de 30 jours et comprendront les 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 en fait pas été admissible en raison de **votre** âge.

Si aucune prestation n'a été versée, le certificat d'assurance sera annulé et **nous** rembourserons au **créancier** toute prime que **vous** auriez payée.

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**, sauf en cas de fraude. **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 assumerez la différence payable sur **votre** prêt si **votre** prestation mensuelle est inférieure au paiement mensuel actuel de **votre** prêt.



EXCLUSIONS

Nous ne verserons pas les prestations si l'**invalidité de l'assuré** découle de l'une des situations suivantes :

- a) une période de prestation pour laquelle **vous** avez déjà reçu le nombre maximal de prestations mensuelles;
- b) une grossesse normale;
- c) une blessure accidentelle survenue ou une maladie contractée à l'extérieur du Canada ou des États-Unis;
- d) un fait de guerre qu'il y ait eu déclaration de guerre ou non;
- e) une blessure que vous **vous** êtes infligée volontairement; ou
- f) une **invalidité totale** qui ne requiert pas les soins réguliers d'un médecin.



EXCLUSION À L'ÉGARD DE CONDITIONS EXISTANTES

Nous ne verserons pas de prestations si l'**invalidité** découle d'une maladie, d'une affection ou d'une condition physique qui exigeait ou pour laquelle on recommandait un diagnostic, des conseils, une consultation ou des soins médicaux dans les six mois précédant la date à laquelle **vous** avez souscrit à l'assurance et qui a entraîné **votre invalidité totale** six mois après 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. Toutefois, 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** dans laquelle **vous** :

- quittez **votre** emploi parce que **vous** :
 - a) démissionnez;
 - b) prenez congé;
 - c) partez à la retraite;
- devez partir à la demande de **votre** employeur parce que :
 - a) c'est la fin d'un contrat;
 - b) **vous** êtes un employé saisonnier;
 - c) **vous** êtes mis à pied à la suite d'une fermeture de routine;

- d) **vous** avez commis un délit criminel;
 - e) **vous** consommez de l'alcool, des narcotiques ou de la drogue;
 - f) **vous** avez enfreint les règles, avez commis un acte illégal ou n'avez pas rempli vos obligations;
- saviez à l'entrée en vigueur de **votre** assurance ou avant que **vous** perdriez **votre** emploi;
 - perdez **votre** emploi dans les 45 jours suivant l'entrée en vigueur de **votre** assurance, à moins que la présente assurance remplace une couverture précédente sur un prêt renouvelé ou refinancé avec la Financière Fairstone et qu'il n'y a pas eu d'interruption en vertu de la police collective;
 - perdez **votre** emploi en raison d'une blessure accidentelle ou d'une maladie;
 - êtes en grève ou perdez **votre** emploi parce que **vous** étiez en grève; ou
 - perdez **votre** emploi tout en travaillant à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

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 dans **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 non acquise sera remboursée dans **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** ou visiter **notre** site Web à www.compagniedassuranceitron.ca.

Vous trouverez **nos** coordonnées à la page 1 du présent sommaire. **Vous** pouvez aussi communiquer avec le distributeur. Vous trouverez également les coordonnées du distributeur à la page 1 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 versions pas de prestations en réponse à **votre** demande si **nous** recevons un avis plus de trois ans après que **vous** deveniez **totalement invalide** ou perdiez **votre emploi principal**.



FORMULAIRES DE DEMANDE DE PRESTATIONS

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

En vue d'envoyer une demande de prestations pour **perte d'emploi**, reportez-vous à **votre** 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 :

- a) verser les prestations en vertu de **votre** certificat d'assurance; ou
- b) aviser par écrit le demandeur 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 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 immobilier.



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.compagniedassurancetriton.ca. **Vous** pouvez également communiquer avec 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 que vous trouverez sur **notre** site Web au www.compagniedassurancetriton.ca/concerns.