
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 personnel – Police d'assurance collective
n° 20120004

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
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 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

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 du dernier paiement du prêt indiqué dans les détails de votre prêt; et
- 3) avez signé le formulaire de demande.

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
- 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 en cas d'invalidité offerte par nous sur 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.



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) 1 000 \$.

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. Consultez la section B ci-dessous.



5. PRIMES D'ASSURANCE

La prime d'assurance est payée en un seul montant à la clôture de **vos** prêt, qui est calculé d'après **vos** versement mensuel à la Financière Fairstone et **vos** province de résidence. Reportez-vous à votre Sommaire de l'offre de prêt avant clôture pour une estimation de **vos** prime.



6. ENTRÉE EN VIGUEUR DE VOTRE ASSURANCE

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



7. DURÉE MAXIMALE DE VOTRE ASSURANCE

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

- a) la durée de **vos** prêt; ou
- b) 60 mois.

Vos assurance pourrait aussi être résiliée plus tôt pour diverses autres raisons qui figurent dans l'exemplaire du certificat d'assurance, à la section C2 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** soyez totalement invalide ou sans **emploi principal** depuis 30 jours. Les versements débuteront 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 **vos** âge et n'auriez en fait pas été admissible en raison de **vos** âge. Nous devons être mis au fait de la déclaration inexacte de **vos** âge au cours des trois premières années suivant la date d'entrée en vigueur figurant sur **vos** certificat d'assurance, tandis que **vous** êtes toujours en vie. **Nous** procéderons à la résiliation de **vos** 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 grossesse normale;
- b) une **blessure accidentelle** survenue ou une **maladie** contractée à l'extérieur du Canada ou des États-Unis;
- c) un fait de guerre qu'il y ait eu déclaration de guerre ou non;
- d) une blessure volontaire que vous **vous** êtes infligée; ou
- e) 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 30 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'exemple** 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.onemainsolutions.com/canada. 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 **totale**ment **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 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 :

- a) verser les prestations en vertu de **vos**re certificat d'assurance;
- 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 **vos**re invalidité **totale** ou la perte involontaire de **vos**re 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 **vos**re prêt personnel.

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.onemainsolutions.com/canada.