
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-vie sur Prêt personnel - Police d'assurance Collective n° 20260011

TYPE DE PRODUIT D'ASSURANCE ET PUBLIC CIBLE

Assurance collective sur la vie d'un débiteur offerte aux clients qui contractent des Prêts personnels auprès de Fairstone Financière Inc. (ci-après, la « Financière Fairstone ») et qui donne droit à une prestation en cas du décès de l'Assuré.

NOM ET ADRESSE DE L'ASSUREUR :

American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie
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 : 2000737794

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

Solde Dû :	Le solde que vous devez sur votre Prêt personnel à la date de paiement du prêt avant votre décès, en plus les intérêts acquis depuis la date du dernier paiement jusqu'à votre décès. Le Solde Dû ne comprend PAS les intérêts à courir ni les frais additionnels comme les frais de règlement ou de pénalité.
Emprunteur Assuré :	Quand vous contractez un Prêt personnel, vous êtes l' Emprunteur .
Co-Emprunteur Assuré :	La personne qui a contracté un Prêt personnel conjointement avec vous .
Résiliation :	Lorsque vous annulez votre couverture d'assurance au cours des 30 premiers jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou lorsque nous annulons votre couverture en raison d'une déclaration inexacte que vous auriez faite rétroactivement à partir de la date d'achat, un remboursement intégral de la prime sera versé sur votre compte avec la Financière Fairstone.
Nous / Notre / Nos :	American, compagnie d'assurance-vie et d'assurance-maladie
Vous / Votre / Vos :	L' Emprunteur Assuré , et le Co-Emprunteur Assuré s'il est assuré.

A. DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS



1. CE QUE VISE LA COUVERTURE:

En cas de décès, l'assurance peut rembourser ou réduire le solde de **votre** prêt personnel.



2. PERSONNES COUVERTES

L'**Emprunteur** et le **Co-Emprunteur** peuvent être couverts par l'Assurance-vie. **Vous** pouvez décider de couvrir l'**Emprunteur** seulement, ou encore les deux **Emprunteurs**.



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 » de **votre** certificat d'assurance; et
- 3) avez signé le formulaire de demande d'assurance.

Pour bénéficier de la couverture, le **Co-Emprunteur** doit satisfaire aux mêmes exigences que l'**Emprunteur**, notamment celle de signer le formulaire de demande.



4. PRESTATION VERSÉE EN VERTU DE L'ASSURANCE

La prestation payable en cas de décès survient correspond au montant INFÉRIEUR parmi les suivants :

- 1) le **Solde Dû** de **votre** prêt personnel à la date du décès; ou
- 2) le montant maximal indiqué sur l'exemplaire de votre certificat d'assurance, dans la section Barème des prestations.

Si le **Co-Emprunteur** est assuré en vertu de **votre** certificat d'assurance et que **vous** décédez tous les deux, **nous** ne verserons le paiement de la prestation qu'à un seul d'entre **vous**.

Il existe également une exclusion en cas de suicide. Consulter la section « B » ci-dessous.



5. PRIMES D'ASSURANCE

Les primes d'assurance doivent être versées tous les mois et sont calculées selon le solde de **votre** prêt personnel auprès de la Financière Fairstone et de **votre** province de résidence. Reportez-vous à **votre** Sommaire de l'offre de prêt avant clôture de **votre** prêt personnel pour une estimation de **votre** prime mensuelle.

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



6. DATE DE DÉBUT DE LA COUVERTURE

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 correspond est la durée 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 l'exemplaire du certificat d'assurance, section C2 « Date à laquelle Votre Assurance prend fin ».



8. DÉCLARATION INEXACTE DE L'ÂGE

Nous annulerons le certificat d'assurance à partir de la date de souscription si l'âge déclaré de l'**Assuré** était inexact et si l'**Assuré** n'était en fait pas admissible en raison de son 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



EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

Nous ne verserons aucune prestation si l'un de **vous** se suicide dans l'année suivant **votre** souscription à l'assurance. **Nous** rembourserons les primes déjà versées.

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 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 INFORMATIONS



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.americancompagniedassurance-vieetdassurancemaladie.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 le décès, 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 le décès.



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.

Dans les 30 jours après la réception du certificat de décès, **nous** ferons l'une des deux choses suivantes:

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



BÉNÉFICIAIRE DES PAIEMENTS :

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 d'indemnisation, **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.americancompagniedassurance-vieetdassurance-maladie.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.americancompagniedassurance-vieetdassurance-maladie.ca/concerns.