
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 vie sur prêt personnel garanti – Police d'assurance collective n° 20200003

TYPE DE PRODUIT D'ASSURANCE ET PUBLIC CIBLE

Assurance collective sur la vie d'un débiteur offerte aux clients qui contractent des prêts personnels garantis 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

Emprunteur :	Quand vous contractez un prêt personnel garanti, vous êtes l' emprunteur .
Coemprunteur :	La personne qui a contracté un prêt personnel garanti conjointement avec vous .
Assuré :	Emprunteur couvert par l'assurance et, si une assurance conjointe est souscrite, coemprunteur couvert.
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 fait rétroactivement à partir de la date d'achat, un remboursement intégral de la prime sera versé dans 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 coemprunteur , pourvu que cette personne soit assurée .

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.



2. PERSONNES COUVERTES

L'**emprunteur** et le **coemprunteur** 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 garanti auprès de la **Financière Fairstone**;
- 2) n'atteindrez pas l'âge de 71 ans avant la date du dernier paiement du prêt;
- 3) répondez aux critères d'admissibilité en matière de santé indiqués dans la demande, si nécessaire, et avez été approuvé;
- 4) avez signé le formulaire de demande d'assurance.

Pour bénéficier de la couverture, le **coemprunteur** 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 si un décès survient correspond au montant INFÉRIEUR parmi les suivants :

- 1) le solde de **votre** prêt à la date du décès; ou
- 2) le montant maximal indiqué sur votre certificat d'assurance dans la section Barème des prestations à la page 1.

La prestation d'assurance **ne comprend pas les intérêts à courir et les frais additionnels**.

Si le **coemprunteur** 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. Consultez 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 auprès de la Financière Fairstone et de **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** certificat d'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, la couverture entre en vigueur à la date de **votre** prêt personnel garanti. 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 durée de **votre** prêt; ou
- b) 120 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 C2 de la page 4.



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, tandis 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 des **assurés** se suicide dans l'année suivant votre souscription à l'assurance. **Nous** rembourserons les primes 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 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.americancompagniedassurance-vieetdassurance-maladie.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 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 :

- 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.



BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Nous verserons les prestations d'assurance à la **Financière Fairstone** afin que le montant soit appliqué comme versement sur **votre** prêt personnel garanti.



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.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.