



## Protection-crédit LendCare Certificat d'assurance-crédit collective

American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride et American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (désignées individuellement ou collectivement par « assureur », le cas échéant) ont établi des polices d'assurance collective n<sup>os</sup> LEN0723 et LENL0723 (désignées individuellement ou collectivement par « police d'assurance collective », le cas échéant) et elles conviennent de fournir une assurance en conformité avec les conditions des polices d'assurance collective et sous réserve de celles-ci. Les principales conditions de la police d'assurance collective sont résumées dans la demande d'assurance ci-jointe (la « demande ») et dans le présent certificat d'assurance (le « certificat »). En cas de divergence entre ces documents et la police d'assurance collective, la police d'assurance collective prévaudra, sauf stipulation contraire d'une loi applicable.

*This Certificate of Insurance is also available in English.*

### SECTION 1 - DÉFINITIONS

« **Accident** » : une blessure corporelle du demandeur qui est le résultat d'un événement soudain, imprévu et fortuit, qui est attribuable exclusivement à une cause externe de nature violente, qui, uniquement, directement et indépendamment de toute autre cause, survient à la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou après cette date, et qui occasionne le décès ou l'invalidité totale du demandeur.

« **Créancier** » : LendCare Capital Inc.

« **Date d'entrée en vigueur de l'assurance** » : la date d'entrée en vigueur de l'assurance telle qu'indiquée dans la demande.

« **Demandeur** » : un client (ou des clients) du créancier qui a demandé d'être assuré en vertu de la police d'assurance collective et qui satisfait à toutes les conditions d'admissibilité stipulées dans la Section 2.

« **Dette** » : le solde impayé du prêt; et

- a. comprend tout montant forfaitaire, si et seulement si le « montant nivelé (forfaitaire) » a été sélectionné dans la demande et que la prime d'assurance exigée pour la couverture en question a été payée; mais
- b. ne comprend aucun montant en défaut ou montant payé par le demandeur, le créancier ou d'autres assureurs afin de réduire le solde du prêt;

« **Dette assurée** » : la dette multipliée par une fraction. Cette fraction est égale au montant total assuré pour l'assurance-vie et/ou l'assurance maladies graves, tel que spécifié dans la demande, divisé par le montant total financé/capital net, tel qu'indiqué dans la demande.

« **Diagnostic** » : le diagnostic d'une maladie grave posé par un médecin autorisé à pratiquer la médecine au Canada.

« **Employé** » ou « **emploi** » : le fait de travailler activement contre salaire ou rémunération à raison d'au moins vingt-cinq (25) heures par semaine et de ne pas : (i) occuper un emploi saisonnier; (ii) être employé par un membre de sa famille

immédiate ou être un travailleur autonome; ou (iii) être un actionnaire majoritaire de sa propre entreprise ou être un entrepreneur indépendant.

« **État de santé préexistant** » : une maladie, une affection ou un état physique qui a nécessité ou pour lequel ont été reçus ou recommandés des conseils médicaux, une consultation, un diagnostic ou un traitement au cours des douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, et qui a causé, directement ou indirectement, le décès, la maladie grave ou l'invalidité totale au cours des douze (12) mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

« **Invalidité totale** » ou « **totalement invalide** » : un état de santé pour lequel le demandeur reçoit les soins continus d'un médecin, qui a commencé après l'entrée en vigueur de l'assurance, qui l'empêche d'accomplir les activités normales de la vie quotidienne, y compris les tâches régulières d'emploi ou de travail indépendant, et qui est le résultat d'un accident ou d'une maladie.

« **Maladie** » : une affection ou un état pathologique qui survient et qui entraîne le décès ou l'invalidité totale du demandeur.

« **Maladie grave** » : n'importe laquelle des maladies suivantes :

- a. **Crise cardiaque aiguë** : la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance du flux sanguin et confirmée par les résultats :
  - i. d'un électrocardiogramme (ECG) indiquant de nouvelles élévations du segment ST, avec ou sans apparition d'ondes Q, qui correspondent au diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde; et
  - ii. d'un test de sang indiquant une élévation des marqueurs biochimiques cardiaques en raison de l'endommagement de tissus musculaires cardiaques ou une élévation des enzymes à des niveaux correspondant au diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde.

- b. **Cancer (avec risque de décès à court terme)** : le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la

prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste;

- c. **Accident vasculaire cérébral** : le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, une hémorragie intracrânienne ou une embolie de source extra-crânienne, avec :
  - i. apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
  - ii. nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (30) jours suivant la date du diagnostic et corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.
- d. **Chirurgie pour pontage aorto-coronarien** : le diagnostic d'un rétrécissement ou d'un blocage d'une artère coronarienne ou plus nécessitant une chirurgie à cœur ouvert, selon la recommandation d'un spécialiste en cardiologie, pour corriger un tel rétrécissement ou blocage au moyen d'un pontage par greffe, mais excluant toute angioplastie transluminale par ballonnet ou le dégagement d'un blocage par laser.
- e. **Transplantation d'un organe vital** : le diagnostic définitif de défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui rend une transplantation médicalement nécessaire pour l'organe défaillant. Le diagnostic définitif de défaillance irréversible d'un organe doit être posé par un médecin.

« **Médecin** » : une personne qui est dûment habilitée à pratiquer la médecine au Canada dans les limites de son permis d'exercice en tant que docteur en médecine (M.D.). Cette personne ne peut pas être le demandeur ni son conjoint ou conjoint de fait, être un

membre de la famille du demandeur ou de son conjoint ou conjoint de fait, ni avoir une relation d'affaires avec le demandeur.

« **Montant forfaitaire** » : le montant forfaitaire qui est dû à la date d'échéance du prêt tel qu'indiqué dans la demande.

« **Non rétroactif** » : le versement des prestations commence après la période d'attente et ces prestations ne sont pas payables rétroactivement à la date de l'invalidité totale ou de la perte d'emploi.

« **Période d'attente** » : le nombre de jours pendant lesquels le demandeur doit être totalement invalide ou en période de perte d'emploi involontaire sans interruption afin d'être admissible aux prestations.

« **Perte d'emploi** » : la perte involontaire d'un emploi en raison d'une mise à pied involontaire, d'une grève, d'un lock-out ou d'un congédiement non justifié du demandeur.

« **Police d'assurance collective** » : la police collective d'assurance-vie et d'assurance maladies graves établie par American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride pour le créancier, et la police collective d'assurance invalidité totale et perte d'emploi involontaire établie par American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride pour le créancier.

« **Prestation de la couverture des paiements** » : le montant total assuré pour la couverture des paiements tel qu'indiqué dans la demande.

« **Prestation de la couverture du solde** » : la dette assurée à la date du décès ou la date du premier diagnostic d'un demandeur qui a souscrit une protection d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves, le cas échéant, en vertu du présent certificat.

« **Prêt** » : entente(s) de crédit ou contrat(s) de prêt d'argent établi(e)s pour le demandeur par le créancier tel que cela est indiqué dans la demande.

« **Programme de traitement** » : un programme de traitement raisonnable, courant et systématique qui est dispensé ou prescrit par un médecin, et dont la nature et la fréquence sont habituellement exigés pour la maladie ou l'affection traitée. De plus, lorsque l'assureur le juge nécessaire compte tenu de la gravité de la maladie ou de l'affection, il peut exiger que le programme de traitement soit dispensé ou supervisé par un spécialiste autorisé du domaine lié à la maladie ou à l'affection traitée.

« **Rétroactif** » : le versement des prestations commence après la fin de la période d'attente et ces prestations sont payables rétroactivement à la date de l'invalidité totale.

## SECTION 2 - CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Afin d'être admissible à toute protection offerte par la police d'assurance collective, le demandeur doit remplir les conditions suivantes à la date d'entrée en vigueur de l'assurance :

- être une personne physique (les sociétés de personnes, les sociétés par actions ou autres entreprises ne sont pas admissibles à l'assurance);
- être un résident canadien;
- être âgé d'au moins 18 ans;
- être âgé de moins de 70 ans.

De plus, afin d'être admissible à l'assurance perte d'emploi, le demandeur :

- doit avoir sélectionné l'assurance invalidité totale dans la demande;
- doit avoir été employé pendant trente (30) jours ouvrables consécutifs immédiatement avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

## SECTION 3 - ASSURANCE-VIE

L'assurance-vie sera en vigueur à l'égard du demandeur seulement si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité stipulées dans la Section 2 et a versé la prime d'assurance requise indiquée dans la demande.

### Assurance-vie

Si l'« assurance vie » est sélectionnée dans la demande, à la réception d'une preuve jugée satisfaisante du décès du demandeur, l'assureur versera au créancier la prestation de la couverture du solde, sous réserves des limites et exclusions stipulées ci-dessous.

### Limites

- La prestation de la couverture du solde ne pourra en aucun cas dépasser le moins élevé des montants suivants : 150 000 \$ ou le montant total assuré de la prestation de la couverture du solde indiqué dans la demande.
- Si une assurance conjointe a été souscrite et qu'il y a décès des deux demandeurs, l'assureur ne verse qu'une seule prestation.

### Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour un événement qui résulte directement ou indirectement :

- d'un état de santé préexistant; ou
- d'un suicide au cours de la première année suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. En cas de couverture individuelle, la responsabilité de l'assureur sera limitée au montant de la prime d'assurance-vie payée. En cas de couverture conjointe, la responsabilité de l'assureur sera limitée à la différence entre le montant de la prime de la couverture

individuelle et de la prime de la couverture conjointe.

## SECTION 4 - ASSURANCE MALADIES GRAVES

L'assurance maladies graves sera en vigueur à l'égard du demandeur seulement si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité stipulées dans la Section 2 et a versé la prime d'assurance requise indiquée dans la demande.

### Assurance maladies graves (cinq états)

Si l'« assurance maladies graves (cinq états) » est sélectionnée dans la demande, à la réception d'une preuve jugée satisfaisante d'une maladie grave du demandeur, l'assureur versera au créancier la prestation de la couverture du solde, sous réserves des limites et des exclusions ci-dessous, et à condition que cette maladie grave soit diagnostiquée sans équivoque et définitivement pour la première fois alors que ce demandeur est couvert en vertu de la police d'assurance collective, et à condition que ce demandeur ainsi diagnostiqué survive pendant les trente (30) jours suivant le diagnostic de la maladie grave.

### Limites

- La prestation de la couverture du solde ne pourra en aucun cas dépasser le moins élevé des montants suivants : 150 000 \$ ou le montant total assuré de la prestation de la couverture du solde indiqué dans la demande.
- Si une assurance conjointe a été souscrite et que les deux demandeurs souffrent d'une maladie grave en même temps, l'assureur ne verse qu'une seule prestation.

### Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour un événement qui résulte directement ou indirectement d'un état de santé préexistant.

## SECTION 5 : ASSURANCE INVALIDITÉ TOTALE

L'assurance invalidité totale sera en vigueur à l'égard du demandeur seulement si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité stipulées dans la Section 2 et a versé la prime d'assurance requise indiquée dans la demande.

### Assurance invalidité totale

Si l'« assurance invalidité totale » est sélectionnée dans la demande, à la réception d'une preuve satisfaisante que le demandeur est totalement invalide en raison d'un accident ou d'une maladie, l'assureur versera au créancier une prestation égale à 1/30<sup>e</sup> de la prestation de la couverture des paiements, pour chaque jour d'invalidité totale continue. Cette prestation sera versée mensuellement.

### Période de prestations

Le paiement des prestations commence après la fin de la période d'attente sélectionnée dans la demande. Si la période d'attente est « Rétroactif », alors les prestations sont payables de façon rétroactive à partir de la date de début de l'invalidité totale du demandeur. Sinon, si la période d'attente sélectionnée est « Non-Rétroactif », alors les prestations ne sont pas payables pour la durée de la période d'attente.

La période de prestations pour un demandeur prend fin à la première des dates suivantes :

- a. la date à laquelle ce demandeur n'est plus totalement invalide ou reprend les activités normales de sa vie quotidienne, selon la première de ces dates;
- b. la date à laquelle le montant maximum payable par occurrence d'invalidité totale a été versé;
- c. la date à laquelle l'assureur demande à ce demandeur une preuve de la continuité de l'invalidité totale, si le demandeur ne soumet pas cette preuve dans les trente (30) jours de la demande;
- d. la date à laquelle l'assureur demande à ce demandeur de subir un examen médical par un médecin ou par un autre praticien déterminé par l'assureur, si le demandeur ne se soumet pas à un tel examen dans les trente (30) jours de la demande;
- e. la date à laquelle l'assurance prend fin comme décrit dans la Section 8;
- f. la date à laquelle le demandeur ne participe pas et ne coopère pas à un programme de traitement, ou est sur une liste d'attente.

### Limites

- a. Le montant total assuré indiqué dans la demande ne peut dépasser 3 500 \$ par mois, sous réserve de 150 000 \$ en prestations totales payées en vertu du présent certificat.
- b. Le montant maximum payable par occurrence d'invalidité totale est la prestation de la couverture des paiements multipliée par douze (12).
- c. Une période d'invalidité totale due aux mêmes causes que celles de la période précédente ayant donné lieu au versement de prestations à l'égard du demandeur est réputée être une récurrence d'invalidité totale si ces périodes sont séparées par 180 jours ou moins. Dans le cas d'une récurrence d'invalidité totale, toutes prestations restantes non utilisées de la période précédente ne seront pas soumises à une seconde période d'attente.

- d. Si une assurance conjointe a été souscrite et que les deux demandeurs sont totalement invalides en même temps, l'assureur ne verse des prestations qu'à l'égard d'un seul demandeur.
- e. Aucune prestation n'est payable en vertu de l'assurance invalidité totale pendant que des prestations sont payées en vertu de l'assurance perte d'emploi.
- f. Si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une blessure ou de troubles de dos ou du cou, y compris mais non de façon limitative des problèmes des vertèbres lombaires, thoraciques ou cervicales, le demandeur doit être sous les soins d'un spécialiste agréé tel qu'un neurologue, un neurochirurgien, un physiatre, un chirurgien orthopédiste ou un rhumatologue.
- g. Si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'une maladie, une affection ou un trouble mental, nerveux, psychologique, émotionnel ou comportemental, le demandeur doit recevoir les soins continus d'un spécialiste agréé en psychiatrie, psychologie ou neurologie. Les demandeurs qui sont sur une liste d'attente ne sont pas admissibles à des prestations.

### Exclusions

Aucune prestation ne sera versée si l'invalidité totale résulte directement ou indirectement d'un état de santé préexistant.

### **SECTION 6 - ASSURANCE PERTE D'EMPLOI**

L'assurance perte d'emploi sera en vigueur à l'égard du demandeur seulement si le demandeur remplit les conditions d'admissibilité stipulées dans la Section 2 et a versé la prime d'assurance requise indiquée dans la demande.

### Assurance perte d'emploi

Si l'« assurance perte d'emploi » est sélectionnée dans la demande, à la réception d'une preuve jugée satisfaisante que le demandeur a subi une perte d'emploi et est involontairement sans emploi, l'assureur versera au créancier une prestation égale à 1/30<sup>e</sup> de la prestation de la couverture des paiements, pour chaque jour de perte d'emploi involontaire continue. Cette prestation sera versée mensuellement.

### Admissibilité aux prestations

Pour avoir droit aux prestations de perte d'emploi, un demandeur doit avoir été employé pendant une période de trente (30) jours ouvrables consécutifs précédant immédiatement la date de la perte d'emploi.

### Période de prestations

La période de prestations pour une occurrence de perte d'emploi commence après l'expiration d'une période d'attente de trente (30) jours non-rétroactif. La période de prestations pour un demandeur pour cette occurrence cesse à la première des dates suivantes :

- a. la date à laquelle ce demandeur retourne au travail à temps partiel ou à temps plein ou n'est plus disponible pour travailler au Canada, selon la première de ces dates;
- b. la date à laquelle le montant maximum payable par occurrence de perte d'emploi a été versé;
- c. la date à laquelle l'assureur demande à ce demandeur une preuve de la continuité de la période de chômage, si le demandeur ne soumet pas cette preuve dans les trente (30) jours de la demande;
- d. la date à laquelle l'assurance prend fin comme décrit dans la Section 8.

### Conditions supplémentaires

Afin que les prestations soient versées, le demandeur doit fournir une copie de l'avis écrit de cessation d'emploi (relevé d'emploi) reçu de son employeur.

### Limites

- a. Le montant total assuré indiqué dans la demande ne peut dépasser 3 500 \$ par mois, sous réserve de 150 000 \$ en prestations totales payées en vertu du présent certificat.
- b. Le montant maximum payable par occurrence de perte d'emploi est la prestation de la couverture des paiements multipliée par huit (8).
- c. Une perte d'emploi qui a lieu dans les 180 jours suivant la fin d'une période précédente de chômage involontaire pour laquelle le demandeur a reçu des prestations sera considérée comme la continuation de cette période précédente. Dans un tel cas, toutes prestations restantes non utilisées de la période précédente ne seront pas soumises à une seconde période d'attente.
- d. Si une assurance conjointe a été souscrite et que les deux demandeurs subissent une perte d'emploi en même temps, l'assureur ne verse des prestations qu'à l'égard d'un seul demandeur.
- e. Aucune prestation n'est payable en vertu de l'assurance perte d'emploi pendant que des prestations sont payées en vertu de l'assurance invalidité totale.

## Exclusions

Aucune prestation ne sera payée pour une perte d'emploi qui est la cause ou la conséquence de ce qui suit :

- a. n'importe quelle raison au cours de la période de quatre-vingt-dix (90) jours qui suit la date d'entrée en vigueur de l'assurance;
- b. la perte d'un emploi exercé à titre de travailleur autonome;
- c. la perte d'un emploi temporaire;
- d. une mise à pied saisonnière;
- e. l'expiration d'un contrat de travail d'une durée fixe;
- f. un licenciement motivé; ou
- g. une mise à pied ou un programme de réduction du personnel annoncés par l'employeur avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

## **SECTION 7 - DEMANDES DE PRESTATIONS**

Afin de demander des prestations en vertu de la police d'assurance collective, le demandeur ou le créancier doit demander un formulaire de demande de prestations à l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent l'événement donnant lieu à la demande. L'avis de sinistre peut être donné à l'assureur par écrit ou par téléphone. Les formulaires de demande de prestations doivent être remplis aux frais du demandeur.

S'il s'agit d'une demande de prestations en vertu de l'assurance-vie, le demandeur ou le créancier doit fournir à l'assureur une preuve de décès jugée satisfaisante par l'assureur, dès que cela est raisonnablement possible.

S'il s'agit d'une demande de prestations en vertu de l'assurance maladies graves, le demandeur ou le créancier doit fournir à l'assureur une preuve de diagnostic de la maladie grave jugée satisfaisante par l'assureur, au cours de la période de six (6) mois suivant la date du diagnostic.

S'il s'agit d'une demande de prestations en vertu de l'assurance invalidité totale ou perte d'emploi, le demandeur ou le créancier doit fournir à l'assureur une preuve d'invalidité totale ou de perte d'emploi involontaire jugée satisfaisante par l'assureur, au cours de des quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de début de l'invalidité totale ou de la perte d'emploi involontaire.

Le défaut de donner un avis de sinistre dans la période indiquée ci-dessus n'entraînera pas la nullité de la demande de prestations s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de donner un tel avis pendant la période indiquée.

Le défaut par le demandeur d'accomplir toute action requise par l'assureur ou de fournir à l'assureur les renseignements ou les documents requis libérera l'assureur de tout paiement de prestations. Dans le cas d'un tel défaut, le créancier peut, dans la mesure du possible, prendre toutes mesures ou fournir toutes informations à l'assureur qui sont exigées du demandeur. Jusqu'à ce que le demandeur ou le créancier rectifie ledit défaut, le demandeur a l'entière responsabilité du versement des paiements requis pour rembourser la dette.

## **SECTION 8 - FIN DE L'ASSURANCE**

L'assurance à l'égard de tous les demandeurs prendra fin d'office à la première des dates suivantes :

- a. la date à laquelle le prêt est remboursé en entier ou la date de la quittance du prêt;
- b. la date de reprise du bien qui sert de garantie au prêt;
- c. la date à laquelle l'assureur reçoit un avis écrit d'annulation de l'assurance du demandeur. En cas de couverture conjointe, les deux demandeurs devront signer la demande écrite;
- d. la date à laquelle le prêt est renégoциé, transféré à un autre créancier ou pris en charge par un autre débiteur;
- e. la date à laquelle une prestation d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves est versée;
- f. la date à laquelle la police d'assurance collective est résiliée;
- g. la date du 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance du demandeur le plus âgé;
- h. la date d'expiration de l'assurance ou des assurances indiquée dans la demande.

Si l'assurance prend fin pour l'un des motifs spécifiés aux articles (a) à (h) ci-dessus, toute prime non acquise, moins toute prime minimum et toute prestation versée, sera remboursée au créancier qui portera le remboursement au compte de prêt du demandeur, à moins que cela soit interdit par la loi. Le remboursement sera calculé à l'aide de la « Règle de 78 » et sera assujéti à des frais de traitement de 100 \$, qui seront déduits du montant à rembourser. Aucun remboursement de moins de 10 \$ ne sera effectué.

Voici la formule mathématique de la Règle de 78 utilisée pour déterminer le montant du remboursement :

$$\frac{PO * (m-t) * (m-t+1)}{(m) * (m+1)}$$

où

PO = Prime originale

M = Nombre de mois compris dans la durée originale de l'assurance

T = Nombre de mois échus depuis la date d'entrée en vigueur jusqu'à la date du remboursement

Toute demande de prestations soumise pour tout sinistre qui s'est produit avant la date de fin de l'assurance déterminée ci-dessus sera traitée conformément aux conditions de l'assurance.

## **SECTION 9 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

Sauf indication contraire expresse dans le présent certificat d'assurance ou dans la police d'assurance collective, les dispositions générales qui suivent s'appliquent à toutes les couvertures et prestations décrites dans le présent certificat d'assurance.

Droit d'examen concernant la présente assurance

Le ou les demandeurs peuvent demander l'annulation de la présente couverture d'assurance dans les trente (30) jours de la réception du présent certificat et toutes les primes payées seront intégralement remboursées au créancier. Le créancier portera le remboursement au compte de prêt du demandeur pourvu qu'aucune demande de prestations n'ait été présentée. Si une telle demande d'annulation est reçue plus de trente (30) jours après la réception du présent certificat, le remboursement sera calculé en conformité avec la formule de la Règle de 78 comme décrit dans la Section 8.

Indivisibilité du contrat

La demande, le certificat et la police d'assurance collective constituent le contrat d'assurance indivisible. Un demandeur, ou une personne qui présente une demande de prestations en vertu du présent certificat, peut demander une copie de la police d'assurance collective et/ou une copie de la demande en contactant l'assureur à l'adresse indiquée ci-dessous.

Toute déclaration faite dans la demande est considérée comme ayant été faite au meilleur des connaissances du demandeur. Toute dissimulation de faits, déclaration inexacte ou fausse déclaration de la part du demandeur relativement à son assurabilité peut entraîner la nullité de l'assurance.

Siège social canadien - Assurant  
5000, rue Yonge, bureau 2000  
Toronto (Ontario) M2N 7EP

Paiement des prestations

Les prestations payables en vertu de la police d'assurance collective seront versées au créancier pour réduire ou acquitter le solde dû sur le prêt. Tous les paiements de prestations seront effectués en dollars canadiens.

### Erreur sur l'âge

Si le demandeur commet une erreur sur son âge, et si l'âge correct aurait dû rendre ce demandeur inadmissible à l'assurance, aucune demande de prestations ne sera acceptée et toute prime versée sera remboursée en totalité.

### Résiliation de la police d'assurance collective

Nous nous réservons le droit de résilier la police d'assurance collective. Dans cette éventualité, le demandeur sera avisé par écrit au moins trente (30) jours avant la date de prise d'effet de la résiliation, et nous respecterons toutes les demandes de prestations recevables présentées avant cette date.

### Action en justice

Toute action ou poursuite judiciaire intentée contre un assureur dans le but d'obtenir un paiement du produit de l'assurance aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai applicable établi par la *Loi sur les assurances*, la *Loi sur la prescription des actions* ou par toute autre loi applicable dans la province ou territoire du demandeur.

### Examen physique

L'assureur a le droit de mener des enquêtes nécessaires concernant des demandes de prestations et d'obtenir des évaluations médicales ou professionnelles indépendantes si requis.

### Cession

Le demandeur ne peut pas céder ses droits ou les garanties prévues par l'assurance à une autre personne.

### Si un demandeur a une préoccupation ou une plainte

Si un demandeur a une préoccupation ou une plainte, il doit appeler l'assureur au **1-800-303-9775**. L'assureur fera tout en son possible pour répondre à toute question ou pour résoudre la plainte. Si, pour une raison quelconque, l'assureur est incapable de donner satisfaction au demandeur, celui-ci peut faire examiner la préoccupation ou la plainte par écrit à une organisation externe indépendante. Le demandeur peut obtenir des informations détaillées concernant le processus de résolution des plaintes de l'assureur et la procédure de recours externe en appelant l'assureur au numéro indiqué ci-dessus ou à : **[www.assurant.ca/fr-ca/traitement-des-plaintes](http://www.assurant.ca/fr-ca/traitement-des-plaintes)**

### Protection des renseignements personnels

L'assureur s'engage à protéger la confidentialité des renseignements personnels de ses clients conformément aux bonnes pratiques commerciales. L'assureur peut recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels fournis par un demandeur à l'assureur et obtenus auprès d'autres personnes avec le consentement du demandeur ou comme requis ou autorisé par la loi. L'assureur peut utiliser ces renseignements pour servir un demandeur en tant que client et pour communiquer avec lui. L'assureur peut traiter et stocker les renseignements personnels d'un demandeur à l'extérieur de sa province, dans un autre pays, où ils peuvent faire l'objet d'accès par les autorités gouvernementales en vertu des lois applicables de ce pays. Le demandeur peut obtenir une copie de la politique de confidentialité de l'assureur en téléphonant au **1-888-778-8023** ou à partir de son site Web (**[www.assurant.ca/fr-ca/politique-de-confidentialite](http://www.assurant.ca/fr-ca/politique-de-confidentialite)**). Si un demandeur a des questions ou des préoccupations concernant la politique de confidentialité, les finalités et les moyens utilisés pour recueillir ses renseignements personnels ainsi que ses droits et ses options de refuser ou de retirer son consentement à l'utilisation de ses renseignements personnels, ce demandeur peut appeler l'assureur au numéro indiqué ci-dessus.

### Coordonnées de l'assureur

**American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride**

Service à la clientèle et de demandes de règlement

1945, rue King Est, bureau 100

Hamilton (Ontario) L8K 1W2

T : 1-800-303-9775



Agent principal

**LendCare Credit Protection - Group Creditor Certificate of Insurance**

American Bankers Insurance Company of Florida and American Bankers Life Assurance Company of Florida (individually or collectively the “Insurer”, as appropriate) have issued Group Policy numbers LEN0723 and LENL0723 (individually or collectively the “Group Policy”, as appropriate) and agree to provide insurance in accordance with and subject to the terms and conditions of the Group Policy. The conditions are summarized in the Application for Insurance attached hereto (“Application”) and this Certificate of Insurance (“Certificate”). Except as otherwise provided by law, in the case of a discrepancy between the Application and Certificate and the Group Policy, the Group Policy shall prevail.

*Ce certificat d’assurance est aussi disponible en français.*

**SECTION 1 - DEFINITIONS**

“**Accident**” means bodily injury to an Applicant, which is caused solely, directly, and independently of any other cause, by a sudden, unforeseen, and fortuitous event due exclusively to a violent external cause, which occurred on or after the Effective Date of Insurance, and which causes death or Total Disability of an Applicant.

“**Applicant**” means a customer(s) of the Creditor who is enrolling for coverage under the Group Policy and who satisfies the Conditions of Eligibility in Section 2.

“**Balance Coverage Benefit**” means the Indebtedness Insured as of the date of death or the date of first Diagnosis of an Applicant who is covered for Life Insurance or Critical Illness Insurance, as applicable, under this Certificate.

“**Balloon Amount**” means a lump sum payment due at the end of the term of the Loan as shown on the Application.

“**Creditor**” means LendCare Capital Inc.

“**Critical Illness**” means any one of the following:

- a. “**Acute Heart Attack**”, which means the death of a portion of the heart muscle resulting from inadequate blood supply, for which all of the following test results are confirmed:
  - i. new elevations of ST segments, with or without the development of Q waves, in the involved electrocardiographic (ECG) leads considered diagnostic for an acute myocardial infarction; and
  - ii. an increase of cardiac biomarkers found in the blood stream, the result of damaged heart muscle tissue, and/or enzymes to levels considered diagnostic for an acute myocardial infarction;
- b. “**Life Threatening Cancer**”, which means a definite diagnosis, made by a specialist, of a tumour characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of tissue;

c. “**Stroke**”, which means a definite diagnosis, made by a specialist, of an acute cerebrovascular event caused by intra-cranial thrombosis or hemorrhage, or embolism from an extra-cranial source, with:

- i. acute onset of new neurological symptoms; and
- ii. new objective neurological deficits on clinical examination, persisting for more than thirty (30) days following the date of diagnosis and corroborated by diagnostic imaging testing;

d. “**Coronary Artery Bypass Surgery**” which means the undergoing of heart surgery, determined to be medically necessary by a Specialist, to correct narrowing or blockage of one or more coronary arteries with bypass graft(s), excluding any non-surgical or transcatheter techniques such as balloon angioplasty or laser relief of an obstruction;

e. “**Major Organ Transplant**” which means a definite diagnosis, made by a Specialist, of the irreversible failure of the heart, both lungs, liver, both kidneys or bone marrow, followed by medically necessary transplantation of the failed organ.

“**Diagnosis**” means the diagnosis of a Critical Illness by a Physician licensed and practicing in Canada.

“**Effective Date of Insurance**” means the Effective Date of Insurance as shown in the Application.

“**Employed**” or “**Employment**” means actively at work for salary or wages for at least twenty-five (25) hours per week and not be any of the following: (i) engaged in seasonal work; (ii) employed by a member of their immediate family or self-employed; or (iii) an independent contractor or a controlling stockholder of their company.

“**Group Policy**” means the Group Life & Critical Illness Policy issued by the American Bankers Life Assurance Company of Florida to the Creditor, and the Group Total Disability & Job Loss Insurance Policy issued by American Bankers Insurance Company of Florida to the Creditor.

“**Indebtedness**” means the balance of the Loan and

- a. will include any Balloon Amount, if and only if “Level (Balloon)” is selected on the Application and has paid the required insurance premium for that coverage; but
- b. will not include any amount in default or any amount paid by the Applicant, Creditor, or other insurance providers to reduce the balance of the Loan.

“**Indebtedness Insured**” equals the Indebtedness multiplied by a fraction, where such fraction is equal to the Total Amount Insured for Life Insurance and/or Critical Illness Insurance, as specified on the Application, divided by the Total Amount Financed/Net Capital as specified on the Application.

“**Job Loss**” means an involuntary unemployment due to involuntary layoff, strike or lockout, or dismissal without cause of an Applicant.

“**Loan**” means the Credit Agreement(s)/Contract(s) for the Loan of Money issued to the Applicant by the Creditor as specified on the Application.

“**Non-Retroactive**” means benefits begin after the Waiting Period and are not payable retroactively to the date of Total Disability or Job Loss.

“**Payment Coverage Benefit**” means the Total Amount Insured for Payment Coverage as stated on the Application.

“**Physician**” means a person who is licensed and practicing in Canada within the scope of their license as a Doctor of Medicine (M.D.) and is not an Applicant or their legal/common law spouse, or a member of the family of the Applicant or their legal/common law spouse, or in a business relationship with an Applicant.

“**Pre-Existing Condition**” means any illness, disease, or physical condition for which medical advice, consultation, diagnosis, or treatment was received, required or recommended during the twelve (12) months prior to the Effective Date of Insurance, and where such condition caused, directly or indirectly, death, Critical Illness or Total Disability to occur within the twelve (12) months following the Effective Date of Insurance.

“Retroactive” means benefits begin after the Waiting Period and are payable retroactively to the date of Total Disability.

“Sickness” means any illness or disease which occurs, and which causes death or Total Disability of an Applicant.

“Total Disability” or “Totally Disabled” means a condition that commenced after insurance came into effect, for which the Applicant is under the continuous care of a Physician and is prevented from performing their normal activities of daily living including regular duties of employment or self-employment as a result of Accident or Sickness.

“Treatment Program” means a reasonable, customary and systematic treatment program that is performed or prescribed by a Physician and is of the nature and frequency customarily required by the condition being treated. In addition, where the Insurer deems necessary due to the severity of the condition, such Treatment Program must be performed or supervised by a certified specialist for the condition being treated.

“Waiting Period” means the number of days an Applicant must remain continuously Totally Disabled or involuntarily unemployed to qualify for benefits.

## SECTION 2 - CONDITIONS OF ELIGIBILITY

To be eligible for any insurance under the Group Policy, the Applicant, on the Effective Date, must be:

- a natural person (partnerships, corporations or other forms of business entities are not eligible for insurance);
- a Canadian resident;
- at least 18 years of age;
- under 70 years of age.

In addition, to be eligible for Job Loss Insurance the Applicant must:

- have selected Total Disability Insurance on the Application; and
- have been Employed for thirty (30) consecutive working days immediately prior to the Effective Date of Insurance.

## SECTION 3 - LIFE INSURANCE

Life Insurance will only be in effect for an Applicant if the Applicant satisfies the Conditions of Eligibility in Section 2 and has paid the required insurance premium as stated in the Application.

## Life Insurance

If “Life Insurance” is selected on the Application, then upon receipt of satisfactory proof of the death of an Applicant, the Insurer shall pay the Balance Coverage Benefit to the Creditor, subject to the Limitations and Exclusions below.

### Limitations

- In no event shall the Balance Coverage Benefit exceed the lesser of \$150,000 or the Total Amount Insured for Balance Coverage stated on the Application.
- If joint coverage was purchased and there is death of both Applicants, the Insurer shall pay only one benefit.

### Exclusions

No benefit shall be paid for an event that results directly or indirectly from:

- a Pre-Existing Condition; or
- suicide within one (1) year of the Effective Date of Insurance. In the case of single coverage, the Insurer’s liability will be limited to the amount of the Life Insurance premium paid. In the case of joint coverage, the Insurer’s liability will be limited to the difference between the single coverage premium and the joint coverage premium.

## SECTION 4 - CRITICAL ILLNESS INSURANCE

Critical Illness Insurance will only be in effect for an Applicant if the Applicant satisfies the Conditions of Eligibility in Section 2 and has paid the required insurance premium as stated in the Application.

### Critical Illness Insurance (5 Conditions)

If “Critical Illness Insurance (5 Conditions)” is selected on the Application, then upon receipt of satisfactory proof of a Critical Illness suffered by an Applicant, the Insurer shall pay the Balance Coverage Benefit to the Creditor, subject to the Limitations and Exclusions below, and provided that such Critical Illness is diagnosed unequivocally and definitely for the first time, while such Applicant is covered under the Group Policy, and also provided that such Applicant so diagnosed must survive thirty (30) days following the Diagnosis of the Critical Illness.

### Limitations

- In no event shall the Balance Coverage Benefit exceed the lesser of \$150,000 or the Total Amount Insured for Balance Coverage stated on the Application.
- If joint coverage was purchased and both Applicants have suffered a Critical Illness at the same time, the Insurer shall pay benefits with respect to one Applicant only.

## Exclusions

No benefit shall be paid for an event that results directly or indirectly from a Pre-Existing Condition.

## SECTION 5 - TOTAL DISABILITY INSURANCE

Total Disability Insurance will only be in effect for an Applicant if the Applicant satisfies the Conditions of Eligibility in Section 2 and has paid the required insurance premium as stated in the Application.

### Total Disability Insurance

If “Total Disability Insurance” is selected on the Application, then the Insurer shall pay 1/30th of the Payment Coverage Benefit to the Creditor, for each day of continuous Total Disability upon receipt of proof satisfactory that an Applicant is Totally Disabled due to either Accident or Sickness. This benefit shall be paid monthly.

### Benefit Period

Benefit payments will commence after expiration of the Waiting Period as selected on the Application. If the Waiting Period selected is “Retroactive”, then benefits will be payable retroactive to the day the Applicant became Totally Disabled. Otherwise, if the Waiting Period selected is “Non-Retroactive”, then benefits are not payable for the term of the Waiting Period.

The benefit period for an Applicant ends on the earliest of the following dates:

- the date such Applicant is no longer Totally Disabled or returns to performing their normal activities of daily living, whichever is earlier;
- the date that the maximum payable amount per occurrence of Total Disability has been paid;
- the date the Insurer requires such Applicant to submit proof of continued Total Disability and such proof is not provided within thirty (30) days;
- the date the Insurer requires such Applicant to be examined by a Physician or other practitioner named by the Insurer and such Applicant does not submit to such examination within thirty (30) days;
- the date the insurance ends as described under Section 8;
- the date the Applicant does not participate in, and cooperate with, a Treatment Program, or is on a waiting list for a Treatment Program.

### Limitations

- The Total Monthly Amount Insured as shown in the Application shall not exceed \$3,500 per month, not to exceed \$150,000 in total benefits paid under this Certificate.

- b. The maximum amount payable per occurrence of Total Disability is the Payment Coverage Benefit multiplied by twelve (12).
- c. A recurrent Total Disability occurring within 180 days of a previous period of Total Disability for which an Applicant has received benefit payments and resulting from the same cause will be considered a continuation of the previous period and any benefits remaining unused from the first period will not be subject to a second Waiting Period.
- d. If joint coverage was purchased and both Applicants are Totally Disabled at the same time, the Insurer shall pay benefits with respect to one Applicant only.
- e. No benefit will be paid under Total Disability Insurance while benefits are being paid under Job Loss Insurance.
- f. If Total Disability results directly or indirectly from any back or neck injury or disorder including but not limited to lumbar, thoracic or cervical spine, the Applicant must be under the care of a licensed specialist such as a neurologist, a neurosurgeon, a physiatrist, an orthopedic surgeon or a rheumatologist.
- g. If Total Disability results directly or indirectly from any mental, nervous, psychological, emotional, behavioral disorder, disease or condition, the Applicant must be under the continuing care of a licensed specialist such as a psychiatrist, psychologist or neurologist. Applicants on a waiting list do not qualify for benefits.

#### Exclusions

No benefit shall be paid for a Total Disability that results directly or indirectly from a Pre-Existing Condition.

### **SECTION 6 - JOB LOSS INSURANCE**

Job Loss Insurance will only be in effect for an Applicant if the Applicant satisfies the Conditions of Eligibility in Section 2 and has paid the required insurance premium as stated in the Application.

#### Job Loss Insurance

If "Job Loss Insurance" is selected on the Application, then the Insurer shall pay 1/30th of the Payment Coverage Benefit to the Creditor, for each day of continuous involuntary unemployment upon receipt of proof satisfactory that an Applicant has experienced Job loss and is involuntarily unemployed. This benefit shall be paid monthly.

#### Eligibility for Benefits

To be eligible for Job Loss benefits, an Applicant must have been Employed for thirty (30) consecutive working days immediately prior to the date of Job Loss.

#### Benefit Period

The benefit period for an occurrence of Job Loss begins on the date following the 30-day Non-Retroactive Waiting Period. The benefit period for an Applicant for such occurrence ends on the earliest of the following dates:

- a. the date such Applicant returns to partial or full-time work or is no longer available to work in Canada, whichever is earlier;
- b. the date that the maximum payable amount per occurrence of Job Loss has been paid;
- c. the date the Insurer requires such Applicant to submit proof of continued unemployment and such proof is not provided within thirty (30) days;
- d. the date the insurance ends as described under Section 8.

#### Additional Conditions

As a condition of payment of benefits, the Applicant must provide a copy of the written notice of termination of employment (Record of Employment) received by the Applicant from the Applicant's employer.

#### Limitations

- a. The Total Monthly Amount Insured as shown in the Application shall not exceed \$3,500 per month, not to exceed \$150,000 in total benefits paid under this Certificate.
- b. The maximum amount payable per occurrence of Job Loss is the Payment Coverage Benefit multiplied by eight (8).
- c. A Job Loss occurring within 180 days of a previous period of involuntary unemployment for which an Applicant has received benefit payments will be considered a continuation of the previous period and any benefits remaining unused from the first period will not be subject to a second Waiting Period.
- d. If joint coverage was purchased and both Applicants experience Job Loss at the same time, the Insurer shall pay benefits with respect to one Applicant only.
- e. No benefit will be paid under Job Loss Insurance while benefits are being paid under Total Disability Insurance.

#### Exclusions

No benefit shall be paid for a Job Loss due to or resulting from:

- a. any reason within a period of ninety (90) days following the Effective Date of Insurance;

- b. loss of self-employment;
- c. temporary employment;
- d. seasonal layoff;
- e. expiry of a contract of employment for a fixed term;
- f. termination of employment with cause; or
- g. any layoff or staff reduction program announced by an employer prior to the Effective Date of Insurance.

### **SECTION 7 - CLAIMS**

To claim benefits under the Group Policy, the Applicant, or the Creditor must request a claim form from the Insurer within ninety (90) days of the happening of the event giving rise to the claim. Notice of claim may be given in writing or by telephone to the Insurer. Claim forms must be completed at the Applicant's expense.

For a claim under Life Insurance, the Applicant or the Creditor must furnish the Insurer with proof of death satisfactory to the Insurer as soon as reasonably possible.

For a claim under Critical Illness Insurance, the Applicant or the Creditor must furnish the Insurer with proof of the Diagnosis of the Critical Illness to the Insurer, within six (6) months of the date of Diagnosis.

For a claim under Total Disability Insurance or Job-Loss Insurance, the Applicant or the Creditor must furnish the Insurer with proof of the Total Disability or Job Loss satisfactory to the Insurer, within ninety (90) days of the onset of Total Disability or Job Loss.

Failure to give notice of claim within the time set out above will not invalidate a claim if it is shown that it was not reasonably possible to give notice within such time.

Failure by an Applicant to perform any actions required by the Insurer, or to provide the Insurer with such information or documentation as may be required, shall release the Insurer from making any payment for benefits. In the case of such a failure the Creditor may, to the extent it is able, perform any actions or provide any information to the Insurer that the Applicant is required to do.

Until such failure has been remedied by the Applicant or the Creditor, the Applicant shall be solely responsible for making the required payments for the Indebtedness.

### **SECTION 8 - END OF INSURANCE**

Insurance in respect of all Applicant(s) shall automatically terminate on the earliest of the following dates:

- a. the date the Loan is paid in full or discharged;
- b. the date of repossession of the property which constitutes the security for the Loan;

- c. the date the Insurer receives an Applicant's written request to cancel insurance. If joint coverage was purchased, both Applicants must sign the written request;
- d. the date the Loan is renegotiated, transferred to another creditor or assumed by another debtor;
- e. the date a benefit under Life Insurance or Critical Illness Insurance is paid;
- f. the date the Group Policy is terminated;
- g. upon the 75th birthday of the eldest Applicant; or
- h. upon the Expiry Date of Insurance(s) as stated in the Application.

If insurance terminates for any of the reasons specified from (a) to (f) above, any unearned premium less any Minimum Premium and any benefits already paid will be refunded to the Creditor who will apply the refund to the Applicant's Loan account, unless otherwise prohibited by law. Such refund will be calculated using the Rule of 78 formula and will be subject to a processing fee of \$100.00, which will be deducted from the refund. Refunds of less than \$10.00 shall not be made.

The Rule of 78 mathematical calculation of the amount refunded is:

$$\frac{OP * (m-t) * (m-t+1)}{(m) * (m+1)}$$

Where

OP = Original Premium

M = Number of months in original insurance term.

T = Number of months elapsed from inception to refund date.

Claims submitted for any event that occurred prior to the end date of the insurance as determined above will be processed in accordance with the terms of the insurance.

## SECTION 9 - GENERAL PROVISIONS

Unless otherwise expressly provided in this Certificate or in the Group Policy, the following General Provisions apply to all of the coverages and benefits described in this Certificate.

### Right to examine this Insurance

The Applicant(s) may request its cancellation of this insurance coverage within thirty (30) days of receipt of this Certificate, and all premiums paid will be fully refunded to the Creditor who will apply the refund to the Applicant's Loan account, provided no claims have been submitted. If such a request is received

more than thirty (30) days of receipt of this Certificate, the refund will be calculated by using the "Rule of 78 formula as described in Section 8.

### Entire Contract

The Application, Certificate and Group Policy constitute the entire contract of insurance. An Applicant, or a person making a claim under this Certificate may request a copy of the Group Policy and/or a copy of the Application by contacting the Insurer at the address shown below.

All statements made in the Application are considered to have been made to the best of the Applicant's knowledge and belief. Any concealment, misrepresentation or false declaration made by the Applicant during the application process that may affect their insurability may result in the coverage being void.

Assurant Canadian Head Office  
5000 Yonge Street, Suite 2000  
Toronto, Ontario M2N 7E9

### Payment of Claims

Benefits payable under the Group Policy will be paid to the Creditor to reduce or extinguish the balance owing on the Loan. All benefit payments are made in Canadian dollars.

### Misstatement of Age

If the Applicant misstates the age of such Applicant, and if the correct age would have made such Applicant ineligible for coverage, no claim will be paid and any premiums paid will be refunded in full.

### Termination of Group Policy

We reserve the right to terminate the Group Policy. If this happens, an Applicant will receive at least thirty (30) days advance written notice before the effective date of termination, and We will honour all valid claims arising before that date.

### Legal Action

Every action or proceeding against an insurer for the recovery of insurance money payable under the contract is absolutely barred unless commenced within the time set out in the *Insurance Act*, *Limitations Act* or other applicable legislation in the Applicant's province or territory.

### Physical Examination

The Insurer has the right to conduct necessary investigations relating to claims, and to obtain independent medical or vocational assessments if required.

### Assignment

An Applicant cannot give their rights and interests with respect to their insurance coverage to anyone else.

### If An Applicant Has a Concern or Complaint

If an Applicant has a concern or complaint about the coverage, please call the Insurer at **1-800-303-9775**. The Insurer will do its best to resolve the concern or complaint. If for some reason the Insurer is unable to do so to an Applicant's satisfaction, such Applicant may pursue the concern or complaint in writing to an independent external organization. An Applicant may obtain detailed information for the Insurer's resolution process and the external recourse either by calling the Insurer at the number listed above or at:

[www.assurant.ca/customer-assistance](http://www.assurant.ca/customer-assistance)

### Privacy

The Insurer is committed to safeguarding the privacy of its customers' information in accordance with good business practices. The Insurer may collect, use, and share personal information provided by an Applicant to the Insurer, and obtained from others with an Applicant's consent, or as required or permitted by law. The Insurer may use the information to serve an Applicant as a customer and communicate with an Applicant. The Insurer may process and store an Applicant's personal information outside your province in another country, which may be subject to access by government authorities under laws of that country. An Applicant may obtain a copy of the Insurer's privacy policy by calling **1-888-778-8023** or from the Insurer's website ([www.assurant.ca/privacy-policy](http://www.assurant.ca/privacy-policy)). If an Applicant has any questions or concerns regarding the privacy policy, the purposes and means for which an Applicant's information is being collected, an Applicant's rights, an Applicant's options for refusing or withdrawing this consent, to the use of an Applicant's personal information, such Applicant may call the Insurer at the number listed above.

### Insurer's Contact Information

**American Bankers Life Assurance Company of Florida & American Bankers Insurance Company of Florida**

Claims and Customer Service Department  
1945 King Street East, Suite 100, Hamilton,  
Ontario L8K 1W2

T: 1-800-303-9775



Chief Agent