

## Résumé

Nom du produit d'assurance :  
Protection Du Compte de Rogers

Type de produit d'assurance :  
Assurance-crédit à l'intention des titulaires de cartes de crédit de la Banque Rogers

**Assurance-vie, assurance en cas de décès accidentel, assurance en cas de chômage involontaire, assurance contre la perte involontaire d'un emploi autonome, assurance-invalidité, assurance maladies graves et assurance hospitalisation**

### Nom et adresse de l'assureur :

La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada qui exploite ses activités sous le nom de  
marque Securian Canada (« Securian Canada »)  
Siège social : 25, avenue Sheppard Ouest, bureau 1400 Toronto ON M2N 6S6  
Bureau administratif : CP 914, succursale A, Toronto ON M5W 1G5

Enregistré auprès de l'Autorité des marchés financiers  
Sous le numéro de client : 2000829775  
securiancanada.ca  
Téléphone : 1-866-249-0516 (Français) ou 1-866-249-0515 (English)

Courriel : [service@securiancanada.ca](mailto:service@securiancanada.ca)

### Nom et adresse du distributeur :

La Banque Rogers  
C.P. 57130 RPO Jackson Square Hamilton, Ontario L8P 4W9  
Téléphone : 1-855-775-2265 (à frais virés : 1-705-522-7412 à l'extérieur du Canada et aux É.U.)

## Description de l'assurance

La protection du compte de Rogers pour les cartes de crédit est établie par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada qui exploite ses activités sous le nom de marque Securian Canada (« Securian Canada ») à l'intention de la Banque Rogers en vertu d'une police d'assurance collective. Il s'agit d'une police d'assurance collective facultative, administrée par Securian Canada pour aider à régler le solde de votre carte de crédit advenant votre décès ou si jamais vous perdez votre emploi ou votre emploi autonome ou si vous êtes dans l'incapacité de travailler à la suite d'une invalidité ou si vous recevez un diagnostic de maladie grave couverte ou en cas d'hospitalisation. La souscription de l'assurance n'est pas requise pour obtenir un produit ou un service auprès de la Banque Rogers.

Le présent résumé donne les renseignements importants sur l'assurance. Le certificat d'assurance, que Securian Canada vous remettra après l'approbation de votre demande de participation à l'assurance, fournit tous les détails sur votre assurance, notamment les détails sur les prestations, l'admissibilité, le taux de prime et les restrictions et exclusions. En cas de différences entre le présent résumé et le certificat d'assurance, le certificat d'assurance prévaut. Pour avoir une copie d'un modèle de certificat d'assurance, veuillez communiquer avec Securian Canada ou visitez le site à l'adresse suivante : <https://www.securiancanada.ca/summaries-and-certificats>

## Qui est admissible à l'assurance?

Tous les titulaires principaux d'une carte de crédit de la Banque Rogers. Certaines restrictions liées à l'âge s'appliquent. Les personnes qui présentent une demande à l'assurance en cas de chômage involontaire, à l'assurance en cas de perte involontaire d'un emploi autonome, à l'assurance-invalidité, à l'assurance maladies graves et à l'assurance hospitalisation doivent avoir moins de 70 ans. Les personnes qui présentent une demande d'assurance-vie doivent avoir moins de 80 ans.

## Garanties offertes

- Assurance-vie
- Assurance en cas de décès accidentel
- Assurance en cas de chômage involontaire
- Assurance contre la perte involontaire d'un emploi autonome
- Assurance-invalidité
- Assurance maladies graves
- Assurance hospitalisation

## Assurance-vie et assurance en cas de décès accidentel

| Résumé                                                                     | Assurance-vie                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Assurance en cas de décès accidentel                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Couverture                                                                 | Décès                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Décès accidentel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Montant de la prestation                                                   | Paie le solde indiqué sur votre dernier relevé de carte de crédit avant la date de votre décès, jusqu'à concurrence de 20 000 \$.                                                                                                                                                                       | Paie le solde indiqué sur votre dernier relevé de carte de crédit avant la date de votre décès, jusqu'à concurrence de 20 000 \$.                                                                                                                                                                                                       |
| Exclusions importantes (situations où les prestations ne sont pas versées) | Aucune prestation n'est versée en cas de suicide, que vous soyez ou non conscient des conséquences de vos actions, sans égard à votre état d'esprit, au cours des six mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance.<br><br><b>Le certificat d'assurance prévoit d'autres exclusions.</b> | Aucune prestation n'est versée pour une blessure intentionnellement auto-infligée, un suicide ou la tentative de suicide, que vous soyez ou non conscient des conséquences de vos actions, sans égard à votre état d'esprit; ou si vous avez pris de la drogue ou tout autre médicament, sauf conformément à l'ordonnance d'un médecin. |

|                                        |                                                                                                                                  |                                                               |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                        |                                                                                                                                  | <b>Le certificat d'assurance prévoit d'autres exclusions.</b> |
| À quel âge l'assurance prend-elle fin? | À l'âge de 80 ans. Après avoir atteint l'âge de 80 ans, la prestation n'est versée que si votre décès est causé par un accident. | Il n'y a pas d'âge limite.                                    |

**Assurance en cas de chômage involontaire et assurance contre la perte involontaire d'un emploi autonome**

| Résumé                   | Assurance en cas de chômage involontaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Assurance contre la perte involontaire d'un emploi autonome                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Couverture               | Perte d'emploi sans que cela ne soit de votre faute.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Perte d'un emploi autonome à la suite de la fermeture de votre entreprise ou pour des raisons hors de votre contrôle, ce qui cause la faillite de votre entreprise.                                                                                                                                                                             |
| Conditions d'emploi      | Vous devez travailler un minimum de 30 heures par semaine à temps plein ou 20 heures par semaine à temps partiel pour le même employeur sur une période minimale de trois mois consécutifs avant la date de votre chômage involontaire.                                                                                                                                                  | Vous devez travailler un minimum de 20 heures par semaine dans une entreprise enregistrée auprès de l'Agence du revenu du Canada et dont vous êtes propriétaire d'au moins 50 % des parts pendant la période de trois mois consécutifs qui ont précédé la date de la perte involontaire de votre emploi autonome.                               |
| Autres exigences         | Vous devez être enregistré auprès de la Commission de l'assurance-emploi du Canada et recevoir ses prestations en vertu de la <i>Loi sur l'assurance-emploi</i> (Service Canada).                                                                                                                                                                                                        | S/O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Délai de carence         | Votre perte d'emploi ne peut survenir au cours des 30 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance.                                                                                                                                                                                                                                                                      | Votre perte d'emploi autonome, ne peut survenir au cours des 30 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance.                                                                                                                                                                                                                   |
| Montant de la prestation | La prestation mensuelle versée représente le plus élevé des montant suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 \$;</li> <li>• 10 % du solde indiqué sur votre dernier relevé de carte de crédit avant la date de votre perte d'emploi,</li> </ul> jusqu'à concurrence de la prestation maximale.<br>La prestation maximale représente le moins élevé des montants suivants : | La prestation mensuelle versée représente le plus élevé des montant suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 \$;</li> <li>• 10 % du solde indiqué sur votre dernier relevé de carte de crédit avant la date de votre perte d'emploi autonome,</li> </ul> jusqu'à concurrence de la prestation maximale.<br>La prestation maximale |

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>le solde indiqué sur le dernier relevé de carte de crédit avant la date de perte de votre emploi;</li> <li>20 000 \$.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | représente le moins élevé des montants suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>le solde indiqué sur le dernier relevé de carte de crédit avant la date de perte de votre emploi autonome;</li> <li>20 000 \$.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Fin des prestations                                                        | <p>Les prestations prennent fin à la première à survenir des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>à la date à laquelle vous reprenez le travail ou vous exercez des activités ou des fonctions contre rémunération;</li> <li>à la date à laquelle le montant maximal des prestations est payé;</li> <li>à la date de votre décès.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Vos prestations prennent fin à la première à survenir des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>à la date à laquelle vous reprenez le travail ou vous exercez des activités ou des fonctions contre rémunération;</li> <li>à la date à laquelle le montant maximal des prestations est payé;</li> <li>à la date de votre décès.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Exclusions importantes (situations où les prestations ne sont pas versées) | <p>Aucune prestation n'est versée si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la perte de votre emploi survient au cours des 30 premiers jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance;</li> <li>vous n'étiez pas à l'emploi du même employeur pour une période de trois mois consécutifs;</li> <li>vous avez une demande de règlement d'assurance-invalidité approuvée et impayée en vertu de cette assurance;</li> <li>vous êtes congédié pour motif valable, vous avez quitté votre emploi, vous avez mis fin volontairement à votre emploi ou vous avez pris votre retraite;</li> <li>votre chômage involontaire est attribuable à la perte d'un emploi saisonnier ou à un conflit de travail;</li> <li>votre perte d'emploi est attribuable à un accident ou une maladie;</li> <li>votre permis de travail a expiré.</li> </ul> | <p>Aucune prestation n'est versée si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>votre perte d'emploi autonome, survient au cours des 30 premiers jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance;</li> <li>vous n'aviez pas un travail autonome pendant trois mois consécutifs;</li> <li>vous avez une demande de règlement d'assurance-invalidité approuvée et impayée en vertu de cette assurance;</li> <li>votre perte d'emploi est attribuable à un accident ou une maladie;</li> <li>votre permis de travail a expiré.</li> </ul> <p><b><i>Le certificat d'assurance prévoit d'autres exclusions.</i></b></p> |

|                                        |                                                                               |                                                                                                    |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | <b><i>Le certificat d'assurance prévoit d'autres exclusions.</i></b>          |                                                                                                    |
| Période d'attente                      | Vous devez être au chômage pour une période minimale de 30 jours consécutifs. | Votre perte d'emploi autonome doit être continue sur une période minimale de 90 jours consécutifs. |
| À quel âge l'assurance prend-elle fin? | À l'âge de 70 ans.                                                            | À l'âge de 70 ans.                                                                                 |

### **Assurance-invalidité, assurance maladies graves et assurance hospitalisation**

| <b>Résumé</b>            | <b>Assurance-invalidité</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Assurance maladies graves</b>                                                                                                                                                                              | <b>Assurance hospitalisation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Couverture               | Votre incapacité de travailler à cause d'une invalidité.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Vous recevez un diagnostic de l'une des maladies graves suivantes couvertes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• cancer;</li> <li>• crise cardiaque;</li> <li>• accident vasculaire cérébral</li> </ul> | Votre hospitalisation à la suite d'une blessure physique accidentelle ou d'une maladie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Délai de carence         | La date de votre invalidité ne peut survenir au cours des 30 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | La date de votre diagnostic ne peut survenir au cours des 60 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance.                                                                                    | La date de votre hospitalisation ne peut survenir au cours des 30 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Montant de la prestation | La prestation mensuelle versée représente le plus élevé des montants suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 \$;</li> <li>• 10 % du solde indiqué sur votre dernier relevé de carte de crédit avant la date de votre invalidité,</li> </ul> jusqu'à concurrence de la prestation maximale.<br><br>La prestation maximale représente le moins élevé des montants suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le solde indiqué sur le dernier relevé</li> </ul> | Paie le solde indiqué sur votre dernier relevé de carte de crédit avant la date de votre diagnostic, jusqu'à concurrence de 20 000 \$.                                                                        | Paie jusqu'à deux prestations mensuelles représentant le plus élevé des montants suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 \$;</li> <li>• 10% du solde indiqué sur votre dernier relevé de carte de crédit avant la date de votre hospitalisation,</li> </ul> jusqu'à concurrence de 20 000 \$.<br><br>Un maximum de deux prestations mensuelles est payable par hospitalisation.<br><br>Les prestations sont payées à compter du troisième jour d'hospitalisation. |

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                            | <p>de carte de crédit avant la date de votre invalidité;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 000 \$.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Fin des prestations                                                        | <p>Vos prestations prennent fin à la première à survenir des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• à la date de la fin de votre invalidité;</li> <li>• à la date à laquelle vous reprenez le travail;</li> <li>• à la date à laquelle vous n'êtes pas régulièrement suivi par un médecin;</li> <li>• à la date à laquelle le montant maximal des prestations a été payé;</li> <li>• à la date de votre décès.</li> </ul>                                                     | S/O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Vos prestations prennent fin à la première à survenir des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la date à laquelle vous obtenez votre congé de l'hôpital;</li> <li>• la date à laquelle le montant maximal des prestations a été payé;</li> <li>• la date de votre décès.</li> </ul>                                                                                                                                              |
| Exclusions importantes (situations où les prestations ne sont pas versées) | <p>Aucune prestation n'est versée si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vous étiez invalide pendant moins de 30 jours consécutifs et occupiez un emploi à la date d'invalidité;</li> <li>• vous étiez invalide pendant moins de 60 jours consécutifs et vous n'occupiez pas un emploi à la date d'invalidité;</li> <li>• votre invalidité a commencé avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance;</li> <li>• votre invalidité est causée par un état préexistant, qui est</li> </ul> | <p>Aucune prestation n'est versée si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vous avez des signes et des symptômes au cours des 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance qui ont mené à un diagnostic de cancer;</li> <li>• vous n'êtes pas en vie le 31<sup>e</sup> jour qui suit la date de votre diagnostic;</li> <li>• votre maladie grave est causée par un état</li> </ul> | <p>Aucune prestation n'est versée si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vous recevez les prestations d'assurance-invalidité, d'assurance en cas de perte involontaire d'un emploi ou d'assurance en cas de perte involontaire d'un emploi autonome en vertu de cette assurance;</li> <li>• votre hospitalisation est causée par un état préexistant, qui est un état pour lequel vous avez reçu ou auriez dû recevoir, des conseils ou</li> </ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>un état pour lequel vous avez reçu ou auriez dû recevoir, des conseils ou des soins médicaux au cours des six mois qui précèdent la date d'entrée en vigueur de votre assurance, et qui a causé une invalidité au cours des six mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de votre assurance;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vous avez reçu les prestations d'assurance maladies graves en vertu de cette assurance et la maladie grave a causé l'invalidité;</li> <li>• vous avez une demande de règlement d'assurance en cas de chômage involontaire approuvée et impayée en vertu de cette assurance;</li> <li>• votre invalidité est causée par un trouble mental, sauf si vous êtes suivi(e) par un médecin;</li> <li>• votre invalidité est causée par des lésions auto-infligées intentionnellement ou une grossesse normale;</li> <li>• votre invalidité est causée par la consommation de drogues, sauf si elles sont prises conformément à l'ordonnance d'un médecin.</li> </ul> | <p>préexistant, qui est un état pour lequel vous avez reçu ou auriez dû recevoir des conseils ou des soins médicaux au cours des six mois qui précèdent la date d'entrée en vigueur de votre assurance et qui a causé a maladie grave au cours des six mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de votre assurance.</p> <p><b>Le certificat d'assurance prévoit d'autres exclusions.</b></p> | <p>des soins médicaux au cours des six mois qui précèdent la date d'entrée en vigueur de votre assurance et qui a causé une hospitalisation au cours des six mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de votre assurance;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• votre hospitalisation survient à la suite d'une grossesse, d'une blessure intentionnellement auto-infligée ou d'un voyage à l'étranger.</li> </ul> <p><b>Le certificat d'assurance prévoit d'autres exclusions.</b></p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                   |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                      |                                                                            |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|                   | <b><i>Le certificat d'assurance prévoit d'autres exclusions.</i></b>                                                                                                                             |                                                                                      |                                                                            |
| Période d'attente | Vous devez être invalide pendant une période minimale de 30 jours consécutifs si vous travaillez à temps plein; sinon, vous devez être invalide pour une période de 60 jours consécutifs.        | Vous devez être en vie le 31 <sup>e</sup> jour qui suit la date de votre diagnostic. | Les prestations sont payées à compter du troisième jour d'hospitalisation. |
|                   | Si vous vous rétablissez et si vous devenez de nouveau invalide à la suite de la même cause dans les 21 jours suivants, il n'y aura pas de période d'attente avant le versement des prestations. |                                                                                      |                                                                            |

### Renseignements importants

Votre assurance doit être en vigueur à la date de l'événement assuré pour que vous puissiez être admissible aux prestations. Toute dissimulation ou déclaration fausse ou trompeuse peut entraîner l'annulation de l'assurance

### Calcul de la prime

Votre prime est fonction du montant que vous devez payer sur votre carte de crédit à la date du relevé, divisé par 100 et multiplié par le taux de prime.

Le taux de prime dépend du solde exigible à la date de facturation :

- 0,99 \$ par tranche de 100 \$ pour l'assurance-vie, l'assurance en cas de décès accidentel, l'assurance en cas de chômage involontaire, l'assurance en cas de perte involontaire d'un emploi autonome, l'assurance invalidité, l'assurance maladies graves et l'assurance hospitalisation. Âge d'admissibilité : 18-69 ans.
- 0,51 \$ par tranche de 100 \$ pour l'assurance-vie, l'assurance en cas de décès accidentel, l'assurance maladies graves et l'assurance hospitalisation. Âges d'admissibilité : 18-69 ans.
- 0,38 \$ par tranche de 100 \$ pour l'assurance-vie et l'assurance en cas de décès accidentel. Âges d'admissibilité : 18-79 ans (80 ans et plus dans le cas de l'assurance décès accidentel).

### Exemple de calcul de la prime pour un titulaire de carte :

Période du relevé : du 16 janvier au 15 février

Date du relevé : 15 février

Taux de prime : 0,99 \$

Montant que vous devez payer à la Banque Rogers à la date du relevé (15 février) avant le calcul de la prime d'assurance : 2 000 \$

Prime à payer : montant de 2 000 \$ divisé par 100 = 20 \$ x 0,99 \$ = 19,80 \$ (plus les taxes applicables).

La prime mensuelle variera selon le montant que vous devez payer chaque mois. Elle est facturée à votre carte de crédit. Vous n'aurez pas de prime à payer les mois où vous n'avez pas de solde à payer à la date de facturation.

### **Demandes d'adhésion**

Vous pouvez présenter une demande d'adhésion en communiquant avec Securian Canada au 1-855-453-5685 (français) ou 1-855-453-5684 (English)

### **Période d'examen gratuite et annulation**

Vous avez 30 jours, à compter de la date de réception du certificat d'assurance, pour examiner l'assurance et décider si elle répond à vos besoins. Si vous annulez l'assurance au cours de cette période de 30 jours et s'il n'y a eu aucune demande de règlement déposée, vous recevrez le remboursement intégral des primes que vous avez payées et il sera considéré que votre assurance n'a jamais été en vigueur. Vous pouvez annuler votre assurance en tout temps en communiquant avec Securian Canada au numéro ou à l'adresse indiqués ci-dessus. Aucun remboursement ne sera effectué dans le cas d'annulations qui ont lieu après cette période de 30 jours.

### **Demandes de règlement**

Contactez Securian Canada en composant 1-866-249-0516 (français) ou 1-866-249-0515 (English) dès que possible après la date de survenance du sinistre assuré.

Vous devez fournir l'avis et la preuve de sinistre à Securian Canada selon la plus tardive des deux dates suivantes :

- 60 jours après la date de décès, de chômage involontaire, de perte involontaire d'un emploi autonome, d'invalidité, de maladie grave ou d'hospitalisation;
- le délai le plus court prévu par la loi dans votre province de résidence.

Une fois que Securian Canada est informée du sinistre, un formulaire de demande de règlement à remplir vous sera envoyé dans les 30 jours suivants. Vous avez 90 jours, à compter de la date de l'événement assuré, pour fournir à Securian Canada tous les documents nécessaires au traitement de votre demande. Une fois que tous les renseignements requis ont été reçus, Securian Canada réglera votre demande de règlement ou la refusera en vous donnant les raisons de son refus. Si votre demande de règlement est approuvée, Securian Canada versera la prestation à la Banque Rogers qui affectera le montant de la prestation à votre compte de carte de crédit.

Si votre demande de règlement est refusée et si vous souhaitez contester la décision, vous pouvez fournir à Securian Canada des renseignements supplémentaires pertinents relativement à votre demande de règlement. Si votre demande de règlement est de nouveau refusée, vous pouvez contacter les organismes suivants :

#### **Si vous résidez au Québec :**

Autorité des marchés financiers

Place de la Cité Tour PwC 2640, boulevard Laurier, bureau 400, Québec (Québec) G1V 5C1

Téléphone :

Montréal : 514-395-0337

Ville de Québec : 418-525-0337

Ailleurs au Québec : 1-877-525-0337

Télécopieur : 418-525-9512

#### **Si vous résidez au Canada mais ailleurs qu'au Québec :**

Ombudsman des assurances de personnes

2, rue Bloor Ouest, bureau 700, Toronto ON M4W 3E2

Téléphone : 1-888-295-8112

Si vous résidez au Québec, vous avez trois ans à compter de la date à laquelle une demande de règlement a été refusée pour introduire une action en justice. Sinon, la période de temps dont vous disposez pour introduire une action en justice, une fois qu'une demande de règlement est refusée, varie et dépend de votre province de résidence.

Si plus d'une prestation est payable durant une période du relevé d'une carte de crédit, seule la prestation la plus élevée sera versée.

Vous ou votre succession êtes responsable de continuer à effectuer les paiements à votre compte de carte de crédit jusqu'au versement de la prestation par Securian Canada.

### **Pour de plus amples renseignements**

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Securian Canada aux numéros ou adresses indiqués ci-dessus.

### **Renseignements sur la Banque Rogers**

Securian Canada verse des honoraires à la Banque Rogers en contrepartie des services qu'elle fournit à Securian Canada à l'égard de cette assurance. Les représentants qui s'occupent de la promotion de l'assurance au nom de la Banque Rogers peuvent être rémunérés.

### **Avez-vous une plainte?**

Pour obtenir des renseignements sur la marche à suivre pour déposer une plainte ou connaître le processus de traitement des plaintes par Securian Canada, veuillez communiquer avec Securian Canada en composant 1-866-249-0516 (français) ou 1-866-249-0515 (English) comme vous pouvez visiter le site <https://www.securiancanada.ca/fr/complaints.html>.

### **Protection de vos renseignements personnels**

Le respect de votre vie privée est une priorité pour Securian Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons aussi d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Par ailleurs, nous recueillons (avec votre consentement) des données par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles indépendantes, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements médicaux ou paramédicaux, de compagnies d'assurance et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels pour répondre notamment aux besoins suivants : confirmer votre identité, procéder à la tarification et déterminer notamment votre admissibilité à l'assurance ou votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; assurer les besoins d'administration et de services, le règlement des sinistres ainsi que la protection contre la fraude, les erreurs et les fausses représentations et répondre aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous et nos sociétés affiliées pouvons utiliser les renseignements personnels pour vous offrir, ou pour permettre à d'autres sociétés de choix de vous offrir d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cette fin à tout moment en composant 1-888-968-4155 ou en envoyant un avis par la poste à l'adresse suivante : Bureau de protection de la vie privée, 25, avenue Sheppard Ouest, bureau 1400 Toronto ON M2N 6S6. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux impartiteurs et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : <https://www.securiancanada.ca/fr/privacy-code.html>.