

ASSURANCE SOLDE DE CRÉDIT -  
AFFAIRES

# GUIDE

## de distribution



**Desjardins**  
Sécurité financière<sup>MD</sup>

L'Assurance solde de crédit - Affaires  
est un produit collectif d'assurance crédit.

<sup>MD</sup> Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

**Avis émis par l'Autorité des marchés financiers**

**L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert dans le présent guide. L'assureur est seul responsable des divergences entre les libellés du guide et de la police.**



**Desjardins**  
**Sécurité financière<sup>MD</sup>**

200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2  
1 866 838-7570  
Télécopieur : 418 833-6546  
[www.desjardins.com](http://www.desjardins.com)

Les documents suivants sont importants, car ils constituent votre confirmation d'assurance :

- le présent guide de distribution;
- l'attestation d'assurance, qui prouve votre adhésion à l'Assurance solde de crédit – Affaires.

Le présent guide a été rédigé à titre explicatif. Il ne constitue pas la police d'assurance. Reportez-vous à la police d'assurance pour connaître l'ensemble des conditions et modalités. Vous pouvez consulter cette police au siège social du *titulaire du contrat* pendant les heures d'ouverture. Vous pouvez également en obtenir une copie à vos frais en vous adressant au *titulaire du contrat*.

Le contrat d'assurance se compose de :

- la police d'assurance, y compris toute annexe;
- l'attestation d'assurance;
- le formulaire d'adhésion;
- tout avenant à la police d'assurance.

Pour obtenir des **renseignements supplémentaires** sur l'Assurance solde de crédit – Affaires, communiquez avec nous au 1 866 838-7570.

Le présent guide constitue le guide de distribution de l'Assurance solde de crédit – Affaires, selon ce que prévoit la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

Les mots définis dans le présent guide sont indiqués en *italique*. Vous trouverez leur définition aux pages 7 à 11.

Le genre masculin est utilisé dans le guide de distribution dans le seul but d'alléger le texte.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	6
■ À quoi sert le guide de distribution?	6
■ Pourquoi choisir l'Assurance solde de crédit – Affaires?	6
■ Définitions	7
<b>1- DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT</b>	11
<b>a) Nature du produit</b>	11
<b>b) Résumé des conditions et caractéristiques</b>	12
■ Qui est admissible à l'assurance?	12
■ Comment pouvez-vous obtenir l'assurance?	12
■ Devez-vous répondre à des questions relatives à votre état de santé?	12
■ Quelles sont les protections offertes?	13
■ Quelle est la somme assurée?	13
■ Quel est le montant de la prestation?	14
■ Un adhérent peut-il bénéficier de plus d'une prestation à la fois?	16
■ Quand l'assurance débute-t-elle?	16
■ Quel est le montant d'assurance maximal?	16
■ Quand les prestations commencent-elles?	17
■ Quand les prestations prennent-elles fin?	17
■ Comment le coût de votre assurance est-il calculé?	18
■ Qui reçoit les prestations d'assurance?	18
■ L'assureur peut-il modifier le contrat?	18
■ Qu'arrive-t-il si le titulaire du contrat change certaines conditions?	19
■ Conditions particulières pour le financement par remboursements égaux et le financement à paiement reporté	19
■ <b>Exclusions, limitations ou réductions de garantie</b>	21
<b>c) Quand l'assurance prend-elle fin?</b>	25
■ Résiliation	25
<b>2- DEMANDE DE PRESTATIONS</b>	26
<b>a) Présentation de la demande de prestations</b>	26
<b>b) Réponse de l'assureur</b>	26
<b>c) Appel de la décision de l'assureur et recours</b>	27
<b>3- PRODUITS SIMILAIRES</b>	28
<b>4- AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS (RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT)</b>	28
<b>5- AUTRES RENSEIGNEMENTS</b>	29
■ Gestion des renseignements personnels	29
■ Avis de résolution d'un contrat d'assurance	30
■ Votre satisfaction, c'est notre priorité!	34

## INTRODUCTION

### ■ À quoi sert le guide de distribution?

Ce guide de distribution renferme l'essentiel de l'information relative à l'Assurance solde de crédit – Affaires.

Vous pourrez ainsi obtenir des réponses à vos questions et constater, alors que vous n'êtes pas en présence d'un représentant en assurance, comment l'Assurance solde de crédit – Affaires peut répondre à vos besoins.

Nous vous invitons à lire attentivement ce guide, plus particulièrement les pages **21** à **25**, qui traitent **des exclusions, limitations ou réductions de garantie**. De plus, vous trouverez aux pages **26** et **27** la marche à suivre pour la présentation d'une **demande de prestations**.

Nous vous incitons également à prendre connaissance de votre attestation d'assurance et à vérifier les renseignements qui y sont indiqués.

### ■ Pourquoi choisir l'Assurance solde de crédit – Affaires?

- Parce qu'elle permet à un propriétaire d'entreprise de s'acquitter de ses obligations relatives à son *compte de crédit*, advenant l'une des situations suivantes :
  - 1) un décès;
  - 2) une *perte d'usage ou mutilation*;
  - 3) une *invalidité*; ou
  - 4) un premier diagnostic de *maladie grave*.
- Parce que c'est une protection sur mesure dont le coût avantageux est directement proportionnel au *solde* du compte.

## ■ Définitions

Tous les termes définis ci-dessous sont en ***italique*** dans le présent guide.

**Accident** : événement imprévu et soudain qui provient d'une cause extérieure et entraîne une blessure corporelle ou un décès. La blessure ou le décès doivent être constatés par un *médecin* et résulter directement et uniquement de l'accident.

**Accident cérébro-vasculaire** : atteinte cérébro-vasculaire qui cause une destruction des tissus cérébraux à la suite d'une hémorragie, d'une thrombose ou d'une embolie. L'accident cérébro-vasculaire doit entraîner une paralysie ou un déficit neurologique objectif et mesurable persistant pendant au moins 31 jours.

La présente définition d'accident cérébro-vasculaire ne comprend toutefois pas les accidents ischémiques transitoires.

**Adhérent** : toute personne :

- 1) qui répond aux 4 critères d'admissibilité, à savoir :
  - a) être propriétaire d'une entreprise;
  - b) détenir un *compte de crédit* auprès du *titulaire du contrat*;
  - c) être âgé de 18 à 64 ans inclusivement au moment de l'adhésion à l'assurance;
  - d) travailler activement au sein de son entreprise (minimum de 25 heures par semaine) au moment de l'adhésion à l'assurance;
- 2) qui a adhéré à l'Assurance solde de crédit – Affaires; et
- 3) dont le nom figure sur l'attestation d'assurance.

**Assureur** : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (Desjardins Sécurité financière).

**Avenant** : document annexé à un contrat d'assurance qui constate les modifications qui ont été apportées à ce contrat et en constitue la preuve.

**Cancer** : présence d'une tumeur caractérisée par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes qui envahissent les tissus. Pour les cancers de la peau, la définition s'applique seulement aux cas de mélanomes malins invasifs atteignant le derme ou des tissus plus profonds.

**La présente définition de cancer ne comprend toutefois pas les maladies suivantes :**

- 1) premier stade de la maladie de Hodgkin;
- 2) cancer hâtif de la prostate diagnostiqué comme de type T1N0M0 ou d'un stade équivalent;
- 3) cancer « in situ » non invasif;
- 4) lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes;
- 5) cancer de la vessie (stades 0 et 1);
- 6) tumeurs associées au VIH (virus de l'immuno-déficience humaine);
- 7) mélanomes malins non invasifs, dans le cas des cancers de la peau.

**Carte de crédit** : carte de crédit reconnue par le *titulaire du contrat* et l'*assureur* et visée par l'assurance. La carte de crédit peut permettre de bénéficier des types de financement suivants :

- 1) les *transactions courantes*;
- 2) le *financement par remboursements égaux*;
- 3) le *financement à paiement reporté*.

**Compte de crédit** : crédit variable accordé par le *titulaire du contrat* au *détenteur de compte de crédit* et visé par l'assurance. Le compte de crédit comprend les transactions effectuées par *carte de crédit*. Il comprend aussi celles qui sont effectuées au moyen d'une *marge de crédit*, si le *titulaire du contrat* a choisi de les assurer.

**Date du relevé de compte de crédit** : date du relevé qui figure sur le relevé de *compte de crédit* mensuel envoyé au *détenteur de compte de crédit*.

**Détenteur de compte de crédit** : personne physique pour qui est établi le *compte de crédit* et qui est considérée comme propriétaire de l'entreprise.

**Financement à paiement reporté** : financement de l'achat d'un bien ou d'un service :

- 1) obtenu par *carte de crédit*; **et**
- 2) pour lequel le remboursement est reporté pour la période déterminée à la date du financement.

**Financement par remboursements égaux** : financement de l'achat d'un bien ou d'un service **ou** financement sous forme de prêt en argent :

- 1) obtenu par *carte de crédit*; **et**

2) remboursable par des paiements mensuels égaux et consécutifs déterminés à la date du financement.

**Infarctus du myocarde** : destruction d'une partie du muscle cardiaque découlant de l'obstruction d'une artère coronaire. Le diagnostic doit reposer sur les deux éléments ci-dessous :

- 1) les résultats de l'électrocardiographie doivent indiquer des variations nouvelles confirmant le diagnostic d'un infarctus aigu;
- 2) les marqueurs biochimiques cardiaques doivent avoir atteint le niveau correspondant à un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde.

**Invalidité** : état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un *accident*, qui exige des *soins médicaux continus* et qui :

- 1) pendant les 12 premiers mois d'invalidité, empêche complètement l'*adhérent* d'accomplir toutes les tâches habituelles de sa fonction principale;
- 2) après les 12 premiers mois d'invalidité, empêche complètement l'*adhérent* de faire tout travail qui lui permettrait de toucher au moins 60 % du salaire normal qu'il recevait au début de son invalidité. L'*assureur* ne tient pas compte du fait qu'un emploi de la sorte est disponible ou non dans la région où réside l'*adhérent*.

L'*adhérent* doit avoir effectué au moins 25 heures de *travail payé* par semaine au sein de l'entreprise au cours des 4 semaines qui précèdent le début de l'invalidité.

La maladie ou les blessures qui résultent de l'*accident* ainsi que l'incapacité de l'*adhérent* doivent être constatées par un *médecin*.

**Maladie grave** : *cancer, infarctus du myocarde, accident cérébro-vasculaire* ou *maladie terminale* diagnostiqués par un *médecin*.

**Maladie terminale** : toute maladie autre qu'un *cancer, un infarctus du myocarde* ou un *accident cérébro-vasculaire* qui entraînera vraisemblablement le décès de l'*adhérent* pendant l'année qui suit le diagnostic. Une telle maladie doit être diagnostiquée par un *médecin*.

**Marge de crédit** : entente de crédit variable par laquelle le *titulaire du contrat* autorise une personne à emprunter, selon les conditions prévues et une limite de crédit préétablie.

**Médecin** : toute personne, autre que l'*adhérent* lui-même, qui pratique la médecine au Canada et y est autorisée.

**Perte d'usage ou mutilation** : sectionnement définitif ou perte totale et définitive de l'usage :

- 1) de la vue d'un oeil;
- 2) d'une main et de l'articulation du poignet;
- 3) d'un pied et de l'articulation de la cheville.

**Prestation** : montant versé par l'*assureur* selon les conditions du contrat.

**Professionnel de la santé** : tout professionnel de la santé

- 1) qui est membre en règle de sa corporation ou de son association professionnelle; et
- 2) qui exerce dans les limites de sa compétence, selon ce qui est prévu par la loi.

**Soins médicaux continus** : soins reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels que doit recevoir l'*adhérent* pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure causée par un *accident*. Ces soins doivent être fournis ou prescrits par un *médecin* ou, quand l'*assureur* l'exige, par un *professionnel de la santé* du domaine approprié.

De plus, ces soins doivent être raisonnables et courants et ne pas seulement être des examens ou des tests. Leur fréquence doit correspondre à celle requise par l'état de santé de l'*adhérent*.

**Solde** : le montant nécessaire pour rembourser la somme due par l'*adhérent* au *titulaire du contrat*. Ce montant n'inclut pas les montants en souffrance ni leurs intérêts. Le solde est obtenu par l'addition du solde de tous les types de crédit offerts par le *titulaire du contrat* et qui composent le *compte de crédit*.

**Somme assurée** : la notion de « somme assurée » est définie dans le présent guide sous la rubrique « Quelle est la somme assurée? » aux pages 13 et 14 de ce guide.

**Titulaire du contrat** : le titulaire du contrat indiqué sur l'attestation d'assurance. Le titulaire du contrat d'assurance est la compagnie auprès de laquelle vous détenez un *compte de crédit*.

**Traité** : voir *traitement(s)*.

**Traitement(s)** :

- 1) la consultation d'un *médecin* ou d'un autre *professionnel de la santé* ou les soins reçus d'un tel spécialiste;
- 2) les examens médicaux;
- 3) l'usage de médicaments; ou
- 4) les hospitalisations.

**Transaction courante** : obtention d'une avance d'argent ou achat d'un bien ou d'un service par *carte de crédit*.

**Les transactions courantes ne comprennent pas les achats qui font l'objet d'un *financement à paiement reporté* ou d'un *financement par remboursements égaux*.**

**Travail payé** : travail pour lequel l'*adhérent* :

- a) reçoit un revenu;
- b) est payé à titre de travailleur autonome pour la réalisation de travaux ou la prestation de services.

Le revenu comprend toute part du revenu d'entreprise attribuable à l'*adhérent*, les salaires, honoraires, bonis, gages ou commissions.

**Versement minimum** : versement minimum mensuel, exigé par le *titulaire du contrat*, indiqué sur le relevé de *compte de crédit* (à l'exception de tout montant en souffrance).

## **1- DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT**

### **a) Nature du produit**

L'Assurance solde de crédit – Affaires est une assurance collective qui offre des protections d'assurance crédit liées au *compte de crédit* de votre entreprise. Elle sert à couvrir les propriétaires d'entreprise qui, comme vous, détiennent un compte auprès du *titulaire du contrat*.

L'Assurance solde de crédit – Affaires couvre les divers types de crédit offerts par le *titulaire du contrat*. L'assurance peut, selon le cas, couvrir

les 4 types de crédit suivants :

- 1) les *transactions courantes*;
- 2) le *financement par remboursements égaux*;
- 3) le *financement à paiement reporté*;
- 4) les transactions sur marge de crédit.

## **b) Résumé des conditions et caractéristiques**

### **■ Qui est admissible à l'assurance?**

Vous êtes admissible à l'Assurance solde de crédit – Affaires si vous répondez aux 4 critères suivants :

- 1) vous êtes propriétaire d'une entreprise;
- 2) vous détenez un *compte de crédit* auprès du *titulaire du contrat*;
- 3) vous êtes âgé de 18 à 64 ans inclusivement au moment de l'adhésion;
- 4) vous travaillez activement au sein de votre entreprise (minimum de 25 heures par semaine) au moment de l'adhésion à l'assurance.

L'assureur et le *titulaire du contrat* se réservent le droit de refuser votre demande d'adhésion si vous ne répondez pas aux 4 critères ci-dessus.

### **■ Comment pouvez-vous obtenir l'assurance?**

On peut adhérer à l'assurance en remplissant le formulaire prévu à cette fin lors de l'ouverture du *compte de crédit* ou par la suite.

### **■ Devez-vous répondre à des questions relatives à votre état de santé?**

Vous n'avez à répondre à aucune question relative à votre état de santé lors de l'adhésion. Toutefois, les *prestations* peuvent être limitées en raison de blessures ou de troubles de santé préexistants (voir pages 23 à 25 de ce guide).

## ■ Quelles sont les protections offertes?

L'Assurance solde de crédit – Affaires comporte **3 protections**, qui s'appliquent aux types de crédit offerts par le *titulaire du contrat* :

- 1) **la protection Décès ou mutilation**, qui prévoit le paiement d'une *prestation* si vous :
  - a) décédez d'une cause naturelle;
  - b) décédez de façon accidentelle;
  - c) subissez la *perte d'usage ou mutilation* d'un œil, d'une main ou d'un pied en raison d'un *accident*;
- 2) **la protection Invalidité**, qui prévoit le paiement de *prestations* si vous devenez invalide selon les conditions du contrat;
- 3) **la protection Maladies graves**, qui prévoit le paiement d'une *prestation* si vous recevez un **premier diagnostic** d'une *maladie grave* couverte par le contrat.

## ■ Quelle est la somme assurée?

La *somme assurée* sert à établir le montant de la *prestation* versée si un événement couvert par l'assurance se produit.

### **Pour la protection Décès ou mutilation :**

La *somme assurée* est égale au *solde* à la *date du relevé de compte de crédit* qui est produit :

- 1) juste avant la date du décès ou de l'*accident* qui cause la *perte d'usage ou mutilation*; **OU**
- 2) à la date même du décès ou de l'*accident* qui cause la *perte d'usage ou mutilation*.

Si un *accident* cause par la suite le décès de l'*adhérent*, l'*assureur* utilise la date de l'*accident* pour établir le montant de la *somme assurée*.

### **Pour la protection Invalidité :**

La *somme assurée* est égale au *solde* à la *date du relevé de compte de crédit* qui est produit :

- 1) juste avant la date du début de l'*invalidité*; **OU**

2) à la date même du début de l'*invalidité*.

### **Pour la protection Maladies graves :**

La *somme assurée* est égale au *solde* à la *date du relevé de compte de crédit* qui est produit :

- 1) juste avant la date à laquelle l'*adhérent* reçoit un premier diagnostic d'une *maladie grave*;  
**OU**
- 2) à la date même à laquelle l'*adhérent* reçoit un premier diagnostic d'une *maladie grave*.

### **Pour toutes les protections :**

La *somme assurée* comprend également le montant des transactions non indiquées sur le relevé, mais qui ont été effectuées avant la date du relevé. Ces dernières comprennent les transactions effectuées par *carte de crédit*. Elles comprennent aussi celles réalisées au moyen de la *marge de crédit* si le *titulaire du contrat* a choisi de les assurer. Par contre, l'*assureur* ne prend pas en considération pour calculer la *somme assurée* les transactions effectuées après la *date du relevé de compte de crédit*.

## **■ Quel est le montant de la prestation?**

### **Pour la protection Décès ou mutilation :**

- **décès**  
100 % du *solde* total (maximum de 50 000 \$)
- **décès accidentel**  
100 % du *solde* total (maximum de 50 000 \$)

Si le décès résulte directement et seulement d'un *accident*, l'*assureur* verse un montant additionnel égal à la *somme assurée*. Le décès doit toutefois survenir dans les 365 jours qui suivent l'*accident*.

- ***perte d'usage ou mutilation d'une main, d'un pied ou d'un œil***  
100 % du *solde* total (maximum de 50 000 \$)

La *perte d'usage ou mutilation* doit résulter directement et seulement d'un *accident*. Elle doit survenir dans les 365 jours qui suivent l'*accident*.

**L'assureur verse la même prestation même si l'adhérent subit la perte d'usage ou mutilation de plusieurs des parties du corps mentionnées ci-dessus.**

**Seul un événement qui survient pendant que l'assurance est en vigueur peut donner droit à une prestation.**

### **Pour la protection Invalidité :**

Le montant de la *prestation* correspond au *versement minimum* indiqué sur le relevé de *compte de crédit* (maximum de 1 000 \$ par mois).

Le relevé de *compte de crédit* qui s'applique est celui qui est produit juste avant la date du début de l'*invalidité* ou à cette dernière.

Pendant la période de versement des *prestations*, l'*assureur* rajuste au besoin la *prestation* mensuelle pour tenir compte de la *somme assurée*.

L'*assureur* s'engage à payer 1/30 de la *prestation* mensuelle pour chaque jour d'*invalidité* donnant droit aux *prestations* prévues par l'assurance.

Dans le cas d'un *financement à paiement reporté*, si un *versement minimum* devient payable après le début de l'*invalidité*, il sera couvert par l'assurance. Toutefois, dans un tel cas, vous devez avoir demandé le *financement à paiement reporté* avant le début de l'*invalidité* pour avoir droit aux *prestations*.

### **Pour la protection Maladies graves :**

Le montant de la *prestation* correspond à 100 % du *solde* total (maximum de 50 000 \$).

La *prestation* est payable au premier diagnostic d'une *maladie grave*. Par *maladie grave*, on entend :

- 1) un *cancer*;
- 2) un *infarctus du myocarde*;
- 3) un *accident cérébro-vasculaire*; ou
- 4) une *maladie terminale*.

La *maladie grave* doit être diagnostiquée par un *médecin*.

L'*adhérent* ou toute personne qui prétend avoir des droits sur les prestations doit fournir à l'*assureur*, au moment de la demande de *prestations*, les relevés de *compte de crédit* nécessaires au calcul de la *somme assurée*.

### ■ Un adhérent peut-il bénéficiaire de plus d'une prestation à la fois?

Lorsque l'*assureur* verse des *prestations d'invalidité*, il ne peut accepter aucune autre demande de *prestations d'invalidité* présentée pour le même *adhérent*. Cette condition s'applique tant que se poursuit le versement de la *prestation* mensuelle liée à la demande reçue en premier.

### ■ Quand l'assurance débute-t-elle?

Vous êtes protégé dès le jour de votre adhésion à l'Assurance solde de crédit – Affaires.

Vous recevrez une attestation d'assurance dans les jours qui suivront votre adhésion. Cette attestation constitue la preuve que vous êtes couvert par l'assurance.

### ■ Quel est le montant d'assurance maximal?

La *somme assurée* maximale pour l'ensemble des protections de l'Assurance solde de crédit – Affaires est de 50 000 \$ par *adhérent*.

Le total des *prestations d'invalidité* pouvant être versées pendant la durée de l'assurance ne peut dépasser 50 000 \$ par *adhérent*.

La *prestation* mensuelle maximale est de 1 000 \$ par *adhérent* pour l'ensemble des protections de l'Assurance solde de crédit – Affaires.

Ces montants maximums d'assurance s'appliquent à tous les *comptes de crédit* assurés par un même *adhérent* à l'aide du contrat Assurance solde de crédit – Affaires. Lorsqu'il y a plusieurs *comptes de crédit* assurés, l'*assureur* prend d'abord en considération ceux pour lesquels l'adhésion est la plus ancienne.

## ■ Quand les prestations commencent-elles?

- **Protection Décès ou mutilation :**

L'assureur verse la *prestation* dès qu'il accepte la demande.

- **Protection Invalidité :**

L'assureur ne verse aucune *prestation* pendant les 30 premiers jours continus d'*invalidité*.

Après cette période d'attente, l'assureur commence à verser les *prestations* si l'*adhérent* est toujours invalide. La *prestation* s'applique alors rétroactivement à la première journée d'*invalidité*.

### **Périodes successives d'invalidité :**

L'assureur considère comme une seule et même période d'*invalidité* deux ou plusieurs périodes d'*invalidité* qui sont :

- 1) séparées par moins de 90 jours pendant lesquels l'*adhérent* n'a pas été invalide; **ET**
- 2) causées par la même maladie ou le même *accident*.

Dans un tel cas, la période d'attente ne s'applique qu'une seule fois. De plus, les *prestations* totales mensuelles ne peuvent dépasser la *somme assurée* établie lors de la première de ces périodes d'*invalidité*.

- **Protection Maladies graves :**

L'assureur ne verse aucune *prestation* pendant les 30 jours qui suivent un premier diagnostic de *maladie grave*. **Après cette période d'attente, l'assureur verse la *prestation* si l'adhérent est toujours vivant.**

## ■ Quand les prestations prennent-elles fin?

Dans le cas de la protection Invalidité, les *prestations* se terminent :

- 1) lorsque l'*adhérent* n'est plus invalide;
- 2) lorsque l'*adhérent* effectue un *travail payé* ou s'engage dans toute forme d'entreprise dans le but d'en retirer un salaire ou un profit;
- 3) lorsque l'*adhérent* reçoit une formation ou retourne aux études;

- 4) lorsque la *somme assurée*, sauf les intérêts courus, a été remboursée par l'*assureur*;
- 5) lorsque le *titulaire du contrat* retire à l'*adhérent* les droits et privilèges qu'il lui accordait selon ce que prévoit le contrat de crédit variable.

### ■ **Comment le coût de votre assurance est-il calculé?**

Le taux de la prime est le même pour l'ensemble des assurés et ne peut varier selon les demandes de *prestations* d'un seul *adhérent*. L'*assureur* pourrait modifier le taux de prime advenant des circonstances exceptionnelles. Dans un tel cas, l'*assureur* aviserait à l'avance le *titulaire de contrat*.

À chaque mois, l'*assureur* prélève le montant de la prime d'assurance sur votre *compte de crédit*. Pour calculer le montant à prélever, l'*assureur* applique le taux de prime à chaque tranche de 100 \$ de votre *solde* assuré. L'*assureur* ajoute la taxe à ce montant, s'il y a lieu.

L'*adhérent* qui bénéficie de *prestations* d'*invalidité* a droit au remboursement d'une partie de sa prime mensuelle. Le montant de ce remboursement est égal à la prime calculée en fonction de la *somme assurée* qui a servi à établir la *prestation* payable. Ainsi, pendant une période de versement de *prestations* d'*invalidité*, l'*assureur* rembourse ce montant à chaque mois au *titulaire du contrat*. Le *titulaire du contrat* crédite ensuite ce montant au *compte de crédit* de l'*adhérent*.

### ■ **Qui reçoit les prestations d'assurance?**

Toute *prestation* dont le paiement a été approuvé par l'*assureur* est versée au *titulaire du contrat*, en votre nom. Le *titulaire du contrat* crédite votre *compte de crédit* de ce montant.

### ■ **L'assureur peut-il modifier le contrat?**

L'*assureur* peut modifier le contrat à la condition d'aviser par écrit le *titulaire du contrat*. Il doit transmettre cet avis au moins 30 jours avant la mise en vigueur des modifications. L'*assureur* et le *titulaire du contrat* peuvent aussi s'entendre pour modifier le contrat.

## ■ Qu'arrive-t-il si le titulaire du contrat change certaines conditions?

Si le *titulaire du contrat* modifie ses contrats de crédit variable ou relevés de *compte de crédit* et change ainsi l'étendue des protections de l'assurance, l'assurance continue de s'appliquer comme avant. Pour que de telles modifications s'appliquent au contrat d'Assurance solde de crédit – Affaires, l'*assureur* doit y ajouter un *avenant*.

## ■ Conditions particulières pour le financement par remboursements égaux et le financement à paiement reporté

L'assurance couvre les deux types de crédit variable suivants, en plus des **transactions courantes** par *carte de crédit*, s'ils sont indiqués sur le relevé de *compte de crédit* de l'*adhérent* :

- le **financement par remboursements égaux**;
- le **financement à paiement reporté**.

1. Lorsque le *titulaire du contrat* offre les trois types de crédit mentionnés plus haut, le *solde* est égal à la somme des soldes suivants :

- a) le solde des *transactions courantes*; **PLUS**
- b) le solde des *financements par remboursements égaux*; **PLUS**
- c) le solde des *financements à paiement reporté*.

Quant à la prime, elle est calculée en fonction du solde total indiqué sur le relevé de *compte de crédit*.

2. La *prestation* mensuelle en cas d'*invalidité* correspond aux *versements minimums* dus pour ces types de financement. La *prestation* mensuelle totale est donc constituée de ces versements et de la *prestation* payable pour les *transactions courantes*.
3. En ce qui concerne les blessures ou troubles de santé préexistants, la période de référence de 6 mois (voir tableau aux pages 23 à 25) est calculée en fonction de la date de chaque financement plutôt que de la date de début de l'assurance.

## Particularité applicable au financement à paiement reporté

L'assureur verse une *prestation* maximale égale au *solde* associé à ce type de financement si l'*adhérent* décède pendant la période de report du financement. De plus, aucune prime relative à ce *solde* n'est facturée à l'*adhérent* au cours de cette période. Il s'agit donc d'une protection supplémentaire offerte gratuitement par l'*assureur*.

■ Exclusions, limitations ou réductions de garantie

**EXCLUSIONS**

DANS LES CAS SUIVANTS, L'ASSUREUR NE VERSE PAS LA PRESTATION PRÉVUE PAR LA PROTECTION INDIQUÉE D'UN « X ».

A- Décès ou mutilation			
B- Invalidité			
C- Maladies graves			
A	B	C	
X			1. Si l' <i>adhérent</i> se suicide pendant les deux premières années d'assurance. Dans un tel cas, l' <i>assureur</i> rembourse les primes versées pour la présente assurance.
	X	X	2. Si l'état de l' <i>adhérent</i> est attribuable à des blessures qu'il s'est infligées volontairement ou à une tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non.
	X	X	3. Si l'état de l' <i>adhérent</i> est attribuable à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une guerre, déclarée ou non;</li> <li>• une émeute;</li> <li>• une révolte;</li> <li>• une révolution; ou</li> <li>• un acte de terrorisme.</li> </ul>
	X	X	4. Si l'état de l' <i>adhérent</i> est attribuable à sa participation ou à sa tentative de participation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• à un acte criminel;</li> <li>• à un attentat quelconque.</li> </ul>
X		X	5. Si un <i>adhérent</i> a déjà reçu une prestation pour une <i>maladie terminale</i> prévue par la protection Maladies graves de la présente assurance.

A- Décès ou mutilation				
B- Invalidité				
C- Maladies graves				
A	B	C		
		X	6.	Si l'état de l' <i>adhérent</i> résulte directement ou indirectement de l'usage de tout médicament, de toute substance intoxicante, de toute drogue ou de tout narcotique, sauf s'ils sont prescrits ou recommandés par un <i>médecin</i> .
		X	7.	Pour tout <i>cancer</i> ou toute <i>maladie terminale</i> qui existait avant le début de l'assurance ou qui a été diagnostiqué avant la date du début de l'assurance ou dans les 90 jours qui ont suivi cette date.
		X	8.	Si les symptômes ou problèmes médicaux sur lesquels repose le premier diagnostic d'un <i>cancer</i> ou d'une <i>maladie terminale</i> sont apparus avant la date du début de l'assurance ou dans les 90 jours qui ont suivi cette date.
		X	9.	Si l' <i>adhérent</i> n'est plus vivant à la fin de la période de 30 jours qui suit la date du premier diagnostic d'une <i>maladie grave</i> .
		X	10.	Pour les troubles de santé non spécifiquement prévus par la protection Maladies graves.

## LIMITATIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS

- 1) Lorsque l'*assureur* verse des *prestations d'invalidité*, il ne peut accepter aucune autre demande de *prestations d'invalidité* présentée pour le même *adhérent*. Cette condition s'applique tant que se poursuit le versement de la *prestation* mensuelle liée à la demande reçue en premier.

2) La *prestation pour les maladies graves* n'est payable qu'une seule fois par *adhérent*.

3) Si un *adhérent* décède dans les 365 jours qui suivent un *accident*, l'*assureur* ne verse aucune *prestation* pour une *perte d'usage ou mutilation*. Seule la *prestation* prévue en cas de décès de cause accidentelle est alors payable.

## BLESSURES OU TROUBLES DE SANTÉ PRÉEXISTANTS

Si une demande de *prestations* est liée à une blessure ou un trouble de santé qui existait avant l'adhésion à l'assurance, l'*assureur* peut la refuser.

Le tableau suivant indique si vous êtes admissible ou non à une *prestation* lorsque votre état de santé est lié à une blessure ou un trouble de santé préexistant. Ce tableau s'applique aux protections Décès ou mutilation et Invalidité.

L'événement (décès ou invalidité) est-il survenu au cours de la première année d'assurance?			
NON		OUI	
<i>Prestation payable</i>	L'événement est-il attribuable à une blessure ou un trouble de santé pour lequel l' <i>adhérent</i> a été traité au cours des six mois qui ont précédé le début de l'assurance?		
	NON	OUI	
<i>Prestation payable</i>	L' <i>adhérent</i> a-t-il été traité pour cette blessure ou ce trouble de santé pendant une période continue de six mois qui s'est terminée après le début de l'assurance?		
		NON	OUI
	<i>Prestation payable</i>		Aucune <i>prestation payable</i>

En ce qui concerne les *financements par remboursements égaux* et les *financements à paiement reporté*, la période de 6 mois est calculée à partir de la date de chaque financement plutôt que de la date de début de l'assurance.

Si aucune *prestation* n'est payable pour un décès en raison d'une blessure ou un trouble de santé préexistant, l'*assureur* rembourse les primes de l'*adhérent*.

### Montant de la prestation payable

#### 1) Protection Décès ou mutilation

Lorsqu'une *prestation* est payable et que le décès est dû à une blessure ou un trouble de santé *traité* dans les 6 mois qui ont précédé le décès, la *prestation* est égale au plus petit des montants suivants :

- a) la *somme assurée*; ou
- b) le *solde moyen du compte de crédit* pendant la période suivante :
  - les 6 mois juste avant la date du *premier traitement*, si le premier traitement a eu lieu MOINS de 6 mois avant la date du décès;
  - les 6 mois juste avant les 6 mois qui ont précédé le décès, si le premier traitement a eu lieu PLUS de 6 mois avant la date du décès.

#### 2) Protection Invalidité

Lorsque l'*adhérent* a droit à des *prestations* et que son *invalidité* est due à une blessure ou un trouble de santé *traité* dans les 6 mois qui ont précédé le début de l'*invalidité*, la *prestation* est égale au plus petit des montants suivants :

- a) le *versement minimum*, ainsi qu'il est indiqué sur le relevé de *compte de crédit* produit avant le début de l'*invalidité*; ou
- b) le *versement minimum* qui serait exigé par le *titulaire du contrat* en fonction du *solde moyen du compte de crédit* pendant la période suivante :

- **les 6 mois juste avant la date du premier traitement, si le premier traitement a eu lieu MOINS de 6 mois avant la date du début de l'invalidité;**
- **les 6 mois juste avant les 6 mois qui ont précédé le début de l'invalidité, si le premier traitement a eu lieu PLUS de 6 mois avant la date du début de l'invalidité.**

### **c) Quand l'assurance prend-elle fin?**

L'assurance prend fin :

- à la *date du relevé de compte* qui suit le jour où l'*adhérent* atteint 65 ans;
- à la date à laquelle l'*adhérent* ne travaille plus un minimum de 25 heures par semaine dans l'entreprise, pour une raison autre qu'une *invalidité*;
- à la date à laquelle l'*adhérent* décède;
- à la date à laquelle l'*adhérent* n'est plus propriétaire de l'entreprise;
- à la date à laquelle l'*adhérent* déclare faillite;
- à la *date du relevé de compte* qui suit le jour où l'*adhérent* avise l'*assureur* de son désir de mettre fin à l'assurance;
- à la date de fin du contrat d'Assurance solde de crédit – Affaires convenue entre le *titulaire du contrat* et l'*assureur*;
- à la date à laquelle le *titulaire du contrat* retire à l'*adhérent* les droits et les privilèges qu'il lui accordait.

### **■ Résiliation**

La Loi sur la distribution de produits et services financiers permet au preneur d'un contrat d'assurance de mettre fin à ce dernier. L'*assureur* accorde à l'*adhérent*, pour ce faire, un délai de **30 jours** à compter de la date de réception du contrat. Pour les résidents du Québec, ce délai commence après la réception par l'*adhérent* du guide de distribution.

Si l'*adhérent* met fin à son contrat dans ce même délai, l'*assureur* lui rembourse toute prime versée.

L'*adhérent* peut également en tout temps après ce délai de 30 jours demander à l'*assureur* de mettre fin à son contrat d'assurance. À la réception de cette demande, l'*assureur* met fin à l'assurance et rembourse à l'*adhérent* la portion non utilisée (en jours) de la prime.

Pour mettre fin à son contrat, l'*adhérent* doit aviser l'*assureur* **par écrit**. Il peut utiliser à cette fin l'Avis de résolution qui se trouve à la page 31 de ce guide. L'*adhérent* doit envoyer sa demande à l'*assureur* par courrier recommandé, à l'adresse indiquée à la page 2 de ce guide.

## 2- DEMANDE DE PRESTATIONS

### a) Présentation de la demande de prestations

Pour présenter une demande, l'*adhérent* doit communiquer par écrit ou par téléphone avec l'*assureur*. Il doit lui transmettre :

- 1) une copie de son dernier relevé de *compte de crédit*; et
- 2) les documents qui prouvent l'événement qui donne droit aux *prestations*.

L'*adhérent* doit soumettre sa demande aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais pas plus de 365 jours après la date de l'événement.

L'*assureur* peut, s'il y a lieu, demander à l'*adhérent* des renseignements supplémentaires pour analyser sa demande.

### b) Réponse de l'assureur

Si l'*assureur* accepte la demande, il verse la *prestation* dans les **30 jours** de la réception des preuves requises pour le paiement.

Si l'*assureur* refuse la demande ou ne verse qu'une partie de la *prestation*, il envoie une lettre à l'auteur de la demande pour lui expliquer les motifs de sa décision. Il expédie cette lettre dans les **30 jours** qui suivent la réception des documents demandés pour l'examen de la demande.

Toute *prestation* est versée au *titulaire du contrat*, qui crédite le *compte de crédit* de l'*adhérent*.

### **Dans le cas d'une demande de prestations d'invalidité :**

Il revient à l'*adhérent* de fournir à l'*assureur* des preuves satisfaisantes de son *invalidité*. Ces preuves peuvent inclure l'opinion d'un *médecin* spécialiste de même qu'une copie des résultats des examens subis.

L'*assureur* peut exiger en tout temps que l'*adhérent* :

- 1) fournisse des preuves satisfaisantes quant à la continuité de son *invalidité*;
- 2) soit examiné par un ou des *médecins* ou *professionnels de la santé* désignés par l'*assureur*.

### **c) Appel de la décision de l'assureur et recours**

Si l'*assureur* refuse une demande de prestations, il est possible de lui demander une seconde analyse en présentant des renseignements additionnels pertinents.

Une telle demande doit être soumise dans les plus brefs délais. La loi prévoit un délai maximum de trois ans (délai de prescription) pour contester une décision de l'*assureur*.

Si vous êtes un résident du Québec et désirez en savoir plus sur vos droits, vous pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers. Les numéros de cet organisme sont le 418 525-0337 et le 1 877 525-0337. Vous pouvez également vous adresser à votre conseiller juridique.

### **3- PRODUITS SIMILAIRES**

Des produits d'assurance similaires sont offerts sur le marché. Cependant, vous avez pris une sage décision en choisissant de faire affaire avec Desjardins Sécurité financière. En effet, nous sommes l'assureur de personnes le plus important au Québec quant à la part de marché détenue et au nombre d'assurés.

### **4- AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS (RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT)**

Pour obtenir plus de renseignements sur les obligations de l'*assureur* et du distributeur envers vous, vous pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers. Voici les coordonnées de cet organisme.

Place de la Cité, Tour Cominar  
2640, boul. Laurier, bureau 400, 4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 5C1  
Téléphone : 418 525-0337 ou 1 877 525-0337  
Télécopieur : 418 525-9512  
Courriel : [renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca](mailto:renseignements-consommateur@lautorite.qc.ca)  
Internet : [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

## 5- AUTRES RENSEIGNEMENTS

### ■ Gestion des renseignements personnels

Desjardins Sécurité financière traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Sécurité financière conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Sécurité financière qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou non nécessaires. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des  
renseignements personnels  
Desjardins Sécurité financière  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

Desjardins Sécurité financière peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. Desjardins Sécurité financière peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Sécurité financière.

## ■ Avis de résolution d'un contrat d'assurance

### **Avis donné par le distributeur**

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

### **La Loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.**

- La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat. **L'assureur vous accorde 30 jours pour le faire sans pénalité.** Pour cela, vous devez donner à l'assureur un avis par courrier recommandé dans ce délai. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.
- Après l'expiration du délai de 30 jours, vous avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au : 418 525-0337 ou 1 877 525-0337.

**AVIS DE RÉSOLUTION  
D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

À : Desjardins Sécurité financière  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

Date : \_\_\_\_\_  
(date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'Assurance solde de crédit - Affaires n° :

\_\_\_\_\_

(numéro de la carte de crédit)

conclu le : \_\_\_\_\_  
(date de la signature du contrat)

à : \_\_\_\_\_  
(lieu de la signature du contrat)

\_\_\_\_\_

(nom du client)

\_\_\_\_\_

(signature du client)

Cet envoi doit être transmis par courrier recommandé.

## **EXTRAIT DE LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS**

**439.** Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

**440.** Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par le règlement, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de la signature de ce contrat d'assurance, le résoudre.

**441.** Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

**442.** Un contrat ne peut contenir de dispositions en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

**443.** Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par le règlement, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

## ■ **Votre satisfaction, c'est notre priorité!**

En tant qu'entreprise prévenante et digne de confiance, Desjardins Sécurité financière souhaite offrir à chacun de ses clients des produits et services qui sont à la hauteur de ses attentes. Cependant, si vous êtes insatisfait du service que vous avez reçu ou de l'un de nos produits, faites-le-nous savoir. Pour ce faire, nous vous invitons à suivre les étapes décrites ci-dessous.

### **1. Communiquez avec la personne ou l'établissement auprès duquel vous vous êtes procuré ce produit.**

Pour obtenir le numéro de téléphone, consultez la documentation qui vous a été remise lors de votre souscription. Demandez des explications. Vous obtiendrez une réponse satisfaisante dans la majorité des cas.

### **2. Communiquez avec notre service à la clientèle.**

Si les explications que vous avez obtenues à l'étape précédente ne vous satisfont pas entièrement, communiquez avec le personnel du Centre de service à la clientèle au 1 866 838-7584. Notre personnel connaît bien nos produits et sera sûrement en mesure de vous aider.

### **3. Écrivez à notre Officier du règlement des différends.**

Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse que vous avez reçue de notre Centre de service à la clientèle, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'Officier du règlement des différends de Desjardins Sécurité financière. Le rôle de ce dernier consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de notre entreprise, lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Vous pouvez lui écrire à l'adresse suivante :

#### **Officier du règlement des différends**

Desjardins Sécurité financière  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

Ou encore, par courriel à : [officierplaintes@dsf.ca](mailto:officierplaintes@dsf.ca)

Vous pouvez aussi joindre l'Officier par téléphone, au numéro : 1 877 938-8184.

Nous vous invitons à visiter notre site Internet, à l'adresse [www.dsf.ca/plainte](http://www.dsf.ca/plainte), pour obtenir plus de renseignements sur la procédure à suivre en cas d'insatisfaction ou de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte.

**Votre satisfaction, c'est notre priorité!**

**Quelques conseils pour faciliter vos démarches**

- Ayez sous la main les documents et les données nécessaires pour expliquer en détail la cause de votre insatisfaction : relevés, noms des employés concernés, date à laquelle vous avez éprouvé un problème, etc.
- Notez les noms des personnes à qui vous parlez, ainsi que les dates auxquelles vous communiquez avec elles.
- Inscrivez vos nom, adresse et numéro de téléphone dans chacune de vos communications écrites, s'il y a lieu.



[www.desjardins.com](http://www.desjardins.com)

<sup>MD</sup> Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière