

GUIDE

de distribution



Modification au contrat de l'Assurance solde de crédit – Particuliers

Veillez prendre note qu'un nouveau type de transaction sera couvert par l'Assurance solde de crédit – Particuliers à compter du 15 novembre 2021

En plus des types de transactions décrits dans la documentation d'assurance, les **paiements par versements** seront automatiquement protégés par l'Assurance solde de crédit – Particuliers, par les mêmes protections et aux mêmes conditions qui s'appliquent aux financements Accord D par remboursements égaux.



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

L'Assurance solde de crédit – Particuliers est un produit collectif d'assurance crédit.

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Pour les résidents du Québec

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 le seul responsable des divergences entre les libellés du guide et de la police.



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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

Ce guide a été rédigé à titre explicatif et 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*.

Les documents suivants sont importants, car ils forment votre contrat d'assurance :

- la police d'assurance, y compris tout *avenant* ou annexe ;
- l'attestation d'assurance ;
- le présent guide de distribution.

Pour obtenir des **renseignements supplémentaires** sur l'Assurance solde de crédit – Particuliers, communiquez avec nous au :

1 866 838-7570

Pour se conformer à la Loi sur la distribution de produits et services financiers du Québec, l'assureur doit citer la Loi à certains endroits dans le présent guide. Veuillez noter que des règles similaires visent aussi à protéger les consommateurs dans les autres provinces canadiennes. Il n'y a toutefois aucune obligation légale de les citer. Dans le but d'alléger la lecture du guide, ces règles ne sont pas nommées.

TABLE DES MATIÈRES

1- INTRODUCTION	6
■ À quoi sert le guide de distribution ?	6
■ Pourquoi choisir l'Assurance solde de crédit – Particuliers ?	6
■ Définitions	7
2- DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT	15
a) Nature du produit	15
b) Résumé des conditions et caractéristiques	16
■ Qui est admissible à l'assurance ?	16
■ Comment pouvez-vous obtenir l'assurance ?	16
■ Devez-vous répondre à des questions relatives à votre état de santé ?	16
■ Quand l'assurance débute-t-elle ?	16
■ Quelles sont les protections offertes ?	17
■ Quelle est la somme assurée ?	17
■ Quel est le montant de la prestation ?	18
■ Quel est le montant d'assurance maximal ?	20
■ Quand les prestations commencent-elles ?	21
■ Quand les prestations prennent-elles fin ?	23
■ Comment le coût de votre assurance est-il calculé ?	23
■ Qui reçoit les prestations d'assurance ?	23
■ Qu'arrive-t-il si le titulaire du contrat change certaines conditions ?	24
■ Exclusions, limitations ou réductions de garantie	24
■ Résiliation	30
■ Quand l'assurance prend-elle fin ?	30
c) Conditions particulières pour le financement Accord D	31
3- DEMANDE DE PRESTATIONS (RÉCLAMATION)	35
a) Marche à suivre par la personne qui présente une demande	35
b) Réponse de l'assureur	36
c) Appel de la décision de l'assureur et recours	36

4- PRODUITS SIMILAIRES	37
5- ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION	37
a) Autorité des marchés financiers (pour les résidents du Québec seulement)	37
b) Commission des services financiers de l'Ontario (pour les résidents de l'Ontario seulement)	38
6- AUTRES RENSEIGNEMENTS	38
■ Avis de résolution d'un contrat d'assurance	38
■ Gestion des renseignements personnels	41
■ Une insatisfaction ? Faites-le-nous savoir.	42

1- 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 – Particuliers.

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 – Particuliers peut répondre à vos besoins.

Nous vous invitons à lire attentivement ce guide, plus particulièrement les pages **24 à 29**, qui traitent des **exclusions, limitations ou réductions de garantie**. De plus, vous trouverez à la page **35** 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.

Les mots définis dans ce guide sont indiqués en *italique*. Vous trouverez leur définition aux pages 7 à 15.

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

■ Pourquoi choisir l'Assurance solde de crédit – Particuliers ?

- Parce qu'elle vous permet de vous acquitter de vos obligations relatives à votre *compte de crédit* advenant :
 - 1) un décès;
 - 2) une *perte d'usage ou mutilation*;
 - 3) une *invalidité totale*;
 - 4) une *perte d'emploi*; ou
 - 5) un premier diagnostic de *maladie grave*.
- Parce que c'est une protection sur mesure dont le coût est avantageux.
- Parce que si vous avez un *conjoint*, il est automatiquement assuré sans aucuns frais supplémentaires. Dans le cas des *cartes privatives*, c'est le *codétenteur* qui est automatiquement assuré sans frais.

■ Définitions

Tous les termes définis plus bas sont en *italique* dans ce 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 vasculaire cérébral: diagnostic définitif d'un accident vasculaire aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- 1) apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques ; et
- 2) nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'*accident vasculaire cérébral* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusions: aucune *prestation* ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- 1) **attaques ischémiques cérébrales transitoires** ;
- 2) **accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme** ;
- 3) **infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'*accident vasculaire cérébral* décrite précédemment.**

Adhérent: toute personne :

- 1) qui répond aux 2 critères d'admissibilité, c'est-à-dire :
 - a) être un *détenteur principal d'un compte de crédit* auprès du *titulaire du contrat* ;
 - b) être âgé de 18 à 64 ans inclusivement au moment de l'adhésion à l'assurance ;
- 2) qui a adhéré à l'Assurance solde de crédit – Particuliers ; et
- 3) dont le nom figure sur l'attestation d'assurance.

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Pour la protection Perte d'emploi, l'*assureur* est La Personnelle, compagnie d'assurances dans les provinces canadiennes autres que le Québec.

Avance d'argent REER : avance en argent obtenue au moyen d'une carte de crédit Desjardins pouvant inclure, à la demande du *détenteur*, une période de report du paiement du capital au cours de laquelle seuls les frais de crédit sont exigibles. À l'échéance de la période de report du paiement du capital, les paiements quant au capital et aux frais de crédit sont remboursables par paiements mensuels égaux et consécutifs déterminés au moment où l'*avance d'argent REER* est effectuée. Si la période de report du paiement du capital n'est pas demandée, l'*avance d'argent REER* est remboursable par paiements mensuels égaux et consécutifs déterminés au moment où l'*avance d'argent REER* est effectuée, au même titre qu'une *avance d'argent par versements égaux*. Ce type de crédit est offert selon les conditions prévues par le contrat de crédit variable émis par la Fédération des caisses Desjardins du Québec.

Avance d'argent par versements égaux : avance en argent obtenue au moyen d'une carte de crédit Desjardins et remboursable par paiements mensuels égaux et consécutifs déterminés au moment où l'avance est effectuée. Ce type de crédit est offert selon les conditions prévues par le contrat de crédit variable émis par la Fédération des caisses Desjardins du Québec.

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 : diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de *cancer* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusions: aucune *prestation* ne sera payable dans le cas des *cancers* suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :

- 1) **carcinome in situ** ;
- 2) **mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V)** ;
- 3) **tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases** ;
- 4) **cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)¹**.

Carte de crédit: carte de crédit Desjardins 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 transactions suivantes :

- 1) les *transactions courantes* ;
- 2) les *financements Accord D*.

Carte privative: *carte de crédit* émise et administrée par la Fédération des caisses Desjardins du Québec et arborant le logo d'un marchand, permettant à son *détenteur* d'effectuer des achats chez ce marchand à l'exclusion de tout autre marchand.

Codétenteur: personne qui détient un *compte de crédit* conjointement avec le *détenteur principal de compte de crédit*.

Compte de crédit: crédit variable accordé par le *titulaire du contrat* au *détenteur principal de compte de crédit* et visé par l'assurance.

Congé:

- 1) vacances, avec ou sans paie, ou congé sans solde accordés par l'employeur à la demande de la *personne assurée* ;
- 2) congé de maladie ;
- 3) congé de maternité ou d'adoption ;
- 4) congé parental ; ou
- 5) congé de circonstance (décès, mariage, déménagement, exercice des fonctions de juré).

¹ Consultez votre *médecin* pour savoir si votre état de santé correspond à la définition de *cancer* donnée par l'*assureur* dans le présent contrat.

Conjoint: le *conjoint* de l'*adhérent* est la personne :

- 1) qui est mariée ou unie civilement à l'*adhérent*;
ou
- 2) qui peut prouver :
 - a) qu'elle a vécu maritalement avec l'*adhérent* de façon continue pendant plus d'une année; ou
 - b) qu'un enfant est né de leur union, peu importe la durée de la cohabitation; et qu'elle et l'*adhérent* ne sont pas séparés depuis plus de 3 mois.

L'*assureur* ne reconnaît qu'un seul *conjoint*.
En cas de conflit, il considère comme *conjoint* la personne qui est mariée à l'*adhérent*.

Date du relevé: date qui figure sur le relevé de compte produit pour une période donnée et envoyé au *détenteur principal de compte de crédit*.

Détenteur principal de compte de crédit
ou détenteur: personne pour qui est établi le *compte de crédit*. Si le compte est établi pour plus d'une personne, une seule d'entre elles est considérée comme *détentrice* du *compte de crédit*. Cette personne est celle dont le nom paraît en premier sur le relevé de compte. Le *détenteur* du *compte de crédit* ne peut être une personne morale telle qu'une association, une corporation, une coopérative, une fiducie, une compagnie ou une société.

Emploi saisonnier: emploi qui, en raison de sa nature, est exercé seulement pendant certaines périodes et procure du travail pendant moins de 9 mois par année.

Financement Accord D²: mode de financement qui diffère des *transactions courantes* et doté d'une limite de crédit distincte. Le *financement Accord D* comprend :

- 1) le *financement par remboursements égaux*;
- 2) le *financement à paiement reporté*;
- 3) les *avances d'argent par versements égaux*;
- 4) les *avances d'argent REER*.

² Marque de commerce propriété de la Fédération des caisses Desjardins du Québec.

Financement à paiement reporté: *financement Accord D* pour l'achat d'un bien ou d'un service chez un marchand :

- 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 Accord D* pour l'achat d'un bien ou d'un service chez un marchand :

- 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 (crise cardiaque): diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- 1) des symptômes d'*infarctus du myocarde*;
- 2) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un *infarctus du myocarde*;
- 3) l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic d'*infarctus du myocarde* doit être posé par un *spécialiste*.

Exclusions: aucune *prestation* ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- 1) **élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q;**

- 2) **découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien *infarctus du myocarde*, lequel ne rencontre pas la définition d'*infarctus du myocarde* (crise cardiaque) décrite précédemment.**

Invalidité totale ou totalement invalide :

- 1) pour la *personne assurée* qui a effectué au moins 80 heures de *travail payé* au cours des 4 semaines qui ont précédé immédiatement le début de l'*invalidité*, l'*invalidité* est un état d'incapacité qui :
- a) résulte d'une maladie ou d'un *accident*;
 - b) exige des *soins médicaux continus*; ET
 - c) • pour les 24 premiers mois, empêche complètement la *personne assurée* d'accomplir toutes et chacune des tâches habituelles de sa fonction principale et,
 - pour les mois suivants, empêche complètement la *personne assurée* de se livrer à tout *travail payé*.
- 2) pour toute *personne assurée* qui **n'a pas** effectué au moins 80 heures de *travail payé* au cours des 4 semaines qui ont précédé immédiatement le début de l'*invalidité*, l'*invalidité* est un état d'incapacité qui :
- a) résulte d'une maladie ou d'un *accident*;
 - b) exige des *soins médicaux continus*; ET
 - c) empêche la *personne assurée* d'exercer chacune des activités normales d'une personne du même âge.

La maladie ou les blessures résultant de l'*accident* ainsi que l'état de santé de la *personne assurée* doivent être constatés par un *médecin*.

Maladie grave : *cancer, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral* ou *maladie terminale* diagnostiqués par un *spécialiste*.

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

Médecin: personne, autre que la *personne assurée* elle-même, qui pratique la médecine au Canada et y est autorisée.

Mensualité: paiements mensuels égaux et consécutifs qui sont exigés pour rembourser le *financement Accord D*. La *mensualité* est indiquée sur le relevé de compte.

Paiement minimum: *paiement minimum* mensuel qui est exigé par le *titulaire du contrat* et indiqué sur le relevé de compte (à l'exception de tout montant en souffrance).

Personne assurée: l'*adhérent* et son *conjoint*, s'il y a lieu. Toutefois, pour les *cartes privatives*, la *personne assurée* est l'*adhérent* et son *codétenteur*, s'il y a lieu.

Perte d'emploi: la perte involontaire d'un emploi permanent et non saisonnier d'au moins 20 heures payées par semaine. Il doit s'agir d'un emploi qui exige le versement de cotisations au régime d'assurance-emploi du gouvernement du Canada et donne aussi droit aux prestations d'assurance-emploi de ce régime. De plus, la *personne assurée* doit, à la date où elle perd son emploi, exercer à temps plein les fonctions de cet emploi pour le même employeur depuis au moins 4 mois. Cette période de 4 mois doit précéder immédiatement la date de la *perte d'emploi*.

Perte d'usage ou mutilation: sectionnement définitif (perte accidentelle ou mutilation) ou perte totale et définitive de l'usage :

- 1) de la vue d'un œil;
- 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 la *personne assurée* 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*. Ils peuvent aussi être fournis par un *professionnel de la santé* du domaine approprié s'ils sont prescrits par un *médecin*. De plus, ces soins doivent être raisonnables et de pratique courante et ne pas seulement être des examens ou des tests. Leur fréquence doit correspondre à celle requise par l'état de santé de la *personne assurée*.

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*.

Somme assurée : montant de la *prestation* versée par l'*assureur* si un événement couvert par l'assurance se produit. La notion de « *somme assurée* » est définie sous la rubrique « Quelle est la somme assurée ? » aux pages 17 et 18 de ce guide.

Spécialiste : personne, autre que la *personne assurée* elle-même, qui pratique la médecine au Canada et y est autorisée par une autorité compétente. Le *spécialiste* exerce sa profession dans le champ de pratique lié à la *maladie grave* couverte. De plus, le *spécialiste* ne doit pas être un membre de la famille de la *personne assurée* ni habiter avec celle-ci.

Titulaire du contrat : la Fédération des caisses Desjardins du Québec.

Traitement ou traité :

- 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 ou les tests ;
- 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, ni les avances d'argent par versements égaux, ni les avances d'argent REER qui font l'objet d'un financement Accord D.**

Travail payé: travail pour lequel la *personne assurée*:

- 1) reçoit un salaire de son employeur; ou
- 2) est payée à titre de travailleur autonome pour la réalisation de travaux ou la prestation de services.

2- DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

a) Nature du produit

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

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

- 1) les *transactions courantes*;
- 2) les *financements Accord D*.

Il existe deux types de *financements Accord D*:

- les *financements à paiement reporté*
Ce type de financement est effectué pour l'achat de biens ou de services chez un marchand.
- les *financements par remboursements égaux*
Ce type de financement est effectué:
 - pour l'achat de biens ou de services chez un marchand; ou
 - pour les *avances d'argent par versements égaux* et les *avances d'argent REER* obtenues en caisse.

b) Résumé des conditions et caractéristiques

■ Qui est admissible à l'assurance ?

Vous êtes admissible à l'Assurance solde de crédit – Particuliers si vous répondez aux 2 critères suivants :

- 1) vous êtes un *détenteur principal d'un compte de crédit* auprès du *titulaire du contrat*;
- 2) vous êtes âgé de 18 à 64 ans inclusivement au moment de l'adhésion.

Votre *conjoint* est automatiquement assuré sans frais, qu'il soit ou non *codétenteur* du compte, si vous adhérez à l'Assurance solde de crédit – Particuliers. Dans le cas des *cartes privatives*, c'est le *codétenteur* qui est automatiquement assuré sans frais si vous adhérez à l'assurance, plutôt que votre *conjoint*.

L'*assureur* et le *titulaire du contrat* se réservent le droit de refuser votre demande d'adhésion si vous ne répondez pas aux 2 critères ci-dessus.

■ Comment pouvez-vous obtenir l'assurance ?

On peut adhérer à l'assurance en communiquant avec l'*assureur* par téléphone en tout temps.

■ 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 maladies ou blessures préexistantes (voir page 29 de ce guide).

■ Quand l'assurance débute-t-elle ?

Les *personnes assurées* sont protégées dès le jour de l'adhésion à l'Assurance solde de crédit – Particuliers.

L'*assureur* envoie une attestation d'assurance dans les jours qui suivent l'adhésion. Cette attestation constitue la preuve que vous êtes couvert par l'assurance.

■ Quelles sont les protections offertes ?

L'Assurance solde de crédit – Particuliers comporte **4 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 une *personne assurée*:
 - a) décède d'une cause naturelle;
 - b) décède de façon accidentelle;
 - c) subit 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 une *personne assurée* devient *totaletement invalide*, selon les conditions du contrat;
- 3) la **protection Perte d'emploi**, qui prévoit le paiement de *prestations* si une *personne assurée* perd son emploi, selon les conditions du contrat;
- 4) la **protection Maladies graves**, qui prévoit le paiement d'une *prestation* si une *personne assurée* reçoit 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* qui est produit:

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

Si un *accident* cause par la suite le décès de la *personne assurée*, 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* des *transactions courantes* à la *date du relevé* qui est produit :

- 1) juste avant la date du début de l'*invalidité totale* de la *personne assurée*; **ou**
- 2) à la date même du début de l'*invalidité totale* de la *personne assurée*.

Pour la protection Perte d'emploi :

La *somme assurée* est égale au *solde* des *transactions courantes* à la *date du relevé* qui est produit :

- 1) juste avant la date de cessation d'emploi de la *personne assurée*; **ou**
- 2) à la date même de la cessation d'emploi de la *personne assurée*.

Pour la protection Maladies graves :

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

- 1) juste avant la date à laquelle la *personne assurée* reçoit un premier diagnostic d'une *maladie grave*; **ou**
- 2) à la date même à laquelle la *personne assurée* 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 de compte*, mais qui ont été effectuées avant la *date du relevé*. Par contre, l'*assureur* ne prend pas en considération les *transactions effectuées* après la *date du relevé*, les *montants en souffrance* ni leurs *intérêts*.

■ Quel est le montant de la prestation ?

Pour la protection Décès ou mutilation :

- Décès
La *prestation* est égale à la *somme assurée*, jusqu'à concurrence du maximum permis.
- Décès accidentel
Si le *décès* de la *personne assurée* est causé directement et seulement par un *accident*,

la *prestation* est égale à la *somme assurée*, jusqu'à concurrence du maximum permis. Le décès doit aussi survenir dans les 365 jours qui suivent l'*accident*. Pour les *personnes assurées* de moins de 70 ans, cette *prestation* s'ajoute à celle qui est payable en cas de décès.

- *Perte d'usage ou mutilation d'une main, d'un pied ou d'un œil*

La *prestation* est égale à la *somme assurée*, jusqu'à concurrence du maximum permis.

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

L'assureur verse la même prestation que la personne assurée subisse la perte d'usage ou mutilation d'une ou de plusieurs des parties du corps mentionnées plus haut lors d'un même événement.

Pour la protection Invalidité :

Le montant de la *prestation* correspond au plus élevé des montants suivants :

- 1) 10 % de la *somme assurée*; **ou**
- 2) le *paiement minimum* indiqué sur votre relevé de compte ;
jusqu'à concurrence du maximum mensuel permis.

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

Pour les mois incomplets d'*invalidité totale*, l'*assureur* verse une proportion de la *somme assurée* qui correspond au nombre de jours d'*invalidité totale* divisé par le nombre de jours compris dans le mois.

Pour la protection Perte d'emploi :

Le montant de la *prestation* correspond au plus élevé des montants suivants :

- 1) 10 % de la *somme assurée*; **ou**
- 2) le *paiement minimum* indiqué sur votre relevé de compte ;
jusqu'à concurrence du maximum mensuel permis.

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

Pour les mois incomplets de *perte d'emploi*, l'*assureur* verse une proportion de la *somme assurée* qui correspond au nombre de jours sans emploi divisé par le nombre de jours compris dans le mois.

Après une période de paiement de *prestations*, la *personne assurée* redevient admissible à d'autres *prestations* si elle satisfait de nouveau à la définition de *perte d'emploi*.

Pour la protection Maladies graves :

Le montant de la *prestation* est égal à la *somme assurée*, jusqu'à concurrence du maximum permis.

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 vasculaire cérébral*; ou
- 4) une *maladie terminale*.

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

Pour toutes les protections :

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

La *personne assurée* 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 nécessaires au calcul de la *somme assurée*.

■ Quel est le montant d'assurance maximal ?

La *somme assurée* maximale pour l'ensemble des protections de l'Assurance solde de crédit – Particuliers est de 25 000 \$ par *adhérent*.

La *prestation* mensuelle maximale est de 750 \$ par *adhérent* pour l'ensemble des protections de l'Assurance solde de crédit – Particuliers.

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 – Particuliers. 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.

Des conditions particulières s'appliquent aux *financements Accord D* (voir cette section aux pages 31 à 34).

■ Quand les prestations commencent-elles ?

Protection Décès ou mutilation :

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

Protection Invalidité :

Pour la *personne assurée* qui a effectué au moins 80 heures de *travail payé* au cours des 4 semaines qui ont précédé immédiatement le début de l'*invalidité totale* :

- L'*assureur* commence à verser les *prestations* à partir de la 31^e journée continue d'*invalidité totale*, si la *personne assurée* est toujours *totale* *invalidement*. **La *prestation* s'applique alors rétroactivement à la première journée d'*invalidité totale*. Ainsi, la première *prestation*, qui est payable à l'*adhérent* au nom de la *personne assurée*, inclut les 30 premiers jours d'*invalidité totale*.**

Pour la *personne assurée* qui n'a pas effectué au moins 80 heures de *travail payé* au cours des 4 semaines qui ont précédé immédiatement le début de l'*invalidité totale* :

- L'*assureur* commence à verser les *prestations* à partir de la 91^e journée continue d'*invalidité totale*, si la *personne assurée* est toujours *totale* *invalidement*. **La *prestation* s'applique alors à compter de la 91^e journée d'*invalidité totale*.**

Périodes successives d'invalidité totale :

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

- 1) séparées par moins de 90 jours pendant lesquels la *personne assurée* n'a pas été *totale* *invalidée*; **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 totale*.

Protection Perte d'emploi :

L'assureur commence à verser les *prestations* à partir de la 31^e journée continue qui suit la *perte d'emploi*, si la *personne assurée* est toujours sans emploi. **La prestation s'applique alors à compter de la 31^e journée qui suit la date de cessation d'emploi.**

Périodes successives de perte d'emploi :

L'assureur considère comme une seule et même période de *perte d'emploi* deux ou plusieurs périodes de *perte d'emploi* qui sont séparées par moins de 30 jours pendant lesquels la *personne assurée* a été de retour au travail.

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 de *perte d'emploi*.

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 la personne assurée est toujours vivante.**

■ Quand les prestations prennent-elles fin ?

Dans le cas de la protection **Invalidité** et de la protection **Perte d'emploi**, les *prestations* se terminent :

- 1) lorsque la *personne assurée* n'est plus *totale-ment invalide* ou effectue un *travail payé* ;
- 2) lorsque la *personne assurée* reçoit une formation ou retourne aux études ;
- 3) lorsque la *somme assurée*, sauf les intérêts courus, a été remboursée par l'*assureur* ;
- 4) lorsque le *financement Accord D* ou les *transactions courantes* sont radiées par le *titulaire du contrat* d'assurance.

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

Chaque mois, le montant de la prime d'assurance est prélevé sur votre *compte de crédit*. Pour calculer le montant à prélever, le taux de prime est appliqué à chaque tranche de 100 \$ de votre *solde* assuré. La taxe est ajoutée à ce montant, s'il y a lieu. Il n'y a pas de prime à payer pour l'assurance de votre *conjoint* ou de votre *codétenteur*. Des conditions particulières s'appliquent pour les *financements Accord D* (voir cette section aux pages 31 à 34).

La *personne assurée* qui bénéficie de *prestations d'invalidité* ou de *perte d'emploi* 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* ou de *perte d'emploi*, l'*assureur* rembourse ce montant chaque mois.

Le taux de prime n'est pas garanti. Advenant une modification du taux de prime par l'*assureur*, celui-ci aviserait à l'avance le *titulaire du contrat*.

■ Qui reçoit les prestations d'assurance ?

Toute *prestation* dont le paiement a été approuvé par l'*assureur* est payable à l'*adhérent*.

■ 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 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 – Particuliers, l'*assureur* doit y ajouter un *avenant*.

MISE EN GARDE

■ 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- Perte d'emploi				
D- Maladies graves				
A	B	C	D	
X				1. Si la <i>personne assurée</i> se suicide pendant les deux premières années d'assurance. Dans le cas du suicide de l' <i>adhérent</i> , l' <i>assureur</i> met fin à l'assurance de toutes les <i>personnes assurées</i> et rembourse les primes versées. Dans le cas du suicide du <i>conjoint</i> ou du <i>codétenteur</i> , seule l'assurance du <i>conjoint</i> ou du <i>codétenteur</i> prend fin et l' <i>assureur</i> ne rembourse aucune prime.
X	X	X	X	2. Si la cause directe ou indirecte de l'état de la <i>personne assurée</i> est un acte commis volontairement ou une tentative de suicide, qu'elle ait été consciente ou non de ses actes.

A- Décès ou mutilation				
B- Invalidité				
C- Perte d'emploi				
D- Maladies graves				
A	B	C	D	
X	X	X	X	3. Si la cause directe ou indirecte de l'état de la <i>personne assurée</i> est un des événements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • une guerre, déclarée ou non ; • un affrontement public ; • une émeute ; • une révolte ; • une insurrection ; ou • un acte de terrorisme. Cette exclusion s'applique que la <i>personne assurée</i> participe ou non à ces événements.
X	X	X	X	4. Si la cause directe ou indirecte de l'état de la <i>personne assurée</i> est sa participation ou sa tentative de participation : <ul style="list-style-type: none"> • à un acte criminel ; • à un attentat quelconque.
		X		5. Si la <i>personne assurée</i> perd un <i>emploi saisonnier, occasionnel ou temporaire</i> .
		X		6. Si la <i>personne assurée</i> perd un emploi qui n'exige pas le versement de cotisations au régime fédéral d'assurance-emploi et ne donne pas droit aux prestations d'assurance-emploi de ce régime.
		X		7. Si la <i>personne assurée</i> était informée de la <i>perte d'emploi</i> au moment de l'adhésion à l'assurance.
		X		8. Si la <i>perte d'emploi</i> survient au cours des 30 jours qui suivent le début de l'assurance.

A- Décès ou mutilation					
B- Invalidité					
C- Perte d'emploi					
D- Maladies graves					
A	B	C	D		
		X		9.	Si la <i>perte d'emploi</i> est liée à une <i>démission volontaire</i> .
		X		10.	Si la <i>perte d'emploi</i> est liée à une <i>grève</i> , à un <i>lock-out</i> , à une <i>fraude</i> ou à une <i>infraction à la loi</i> .
		X		11.	Si la <i>perte d'emploi</i> est liée à la <i>fin d'un contrat à durée fixe</i> .
		X		12.	Pour tout <i>congé</i> ne mettant pas fin au <i>lien d'emploi</i> .
		X		13.	Pour toute <i>cessation d'emploi</i> liée à la <i>retraite</i> .
			X	14.	Si l'état de la <i>personne assurée</i> résulte directement ou indirectement de l'usage de tout <i>médicament</i> , de toute <i>substance intoxicante</i> , de toute <i>drogue</i> ou de tout <i>narcotique</i> , sauf s'ils sont <i>prescrits</i> ou <i>recommandés</i> par un <i>médecin</i> .
			X	15.	Pour tout <i>cancer</i> ou toute <i>maladie terminale</i> qui existait avant le début de l' <i>assurance</i> ou qui a été <i>diagnostiqué</i> avant la date du début de l' <i>assurance</i> ou dans les <i>90 jours</i> qui ont suivi cette date.*
			X	16.	Si les <i>symptômes</i> ou <i>problèmes médicaux</i> sur lesquels repose le premier <i>diagnostic d'un cancer</i> ou d'une <i>maladie terminale</i> sont apparus avant la date du début de l' <i>assurance</i> ou dans les <i>90 jours</i> qui ont suivi cette date.*

A- Décès ou mutilation					
B- Invalidité					
C- Perte d'emploi					
D- Maladies graves					
A	B	C	D		
			X	17.	Si la <i>personne assurée</i> n'est plus vivante à la fin de la période de 30 jours qui suit la date du premier diagnostic d'une <i>maladie grave</i> .
			X	18.	Pour les troubles de santé non spécifiquement prévus par la protection Maladies graves.

* En ce qui concerne les *financements Accord D*, le délai est calculé à partir de la plus récente des dates suivantes: la date de chaque financement ou la date de début de l'assurance.

LIMITATIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS

- 1) La *prestation* ne peut en aucun temps dépasser la *somme assurée* maximale définie dans la rubrique « Quel est le montant d'assurance maximal ? » aux pages 20 et 21 de ce guide.
- 2) La *prestation* mensuelle d'un *adhérent* ne peut en aucun temps dépasser la *prestation* mensuelle maximale prévue. Cette dernière est définie dans la rubrique « Quel est le montant d'assurance maximal ? » aux pages 20 et 21 de ce guide.
- 3) Si une *personne assurée* 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.
- 4) Si une *personne assurée* a déjà reçu la *prestation de maladie grave* prévue pour une *maladie terminale*, aucune *prestation* n'est payable par la protection Décès ou mutilation.

- 5) Le total des *prestations* versées pour un *adhérent* pendant toute la durée de l'assurance ne peut dépasser la *somme assurée* maximale prévue. Cette dernière est définie dans la rubrique « Quel est le montant d'assurance maximal ? » aux pages 20 et 21 de ce guide.
- 6) Lorsque l'*assureur* verse des *prestations d'invalidité* ou de *perte d'emploi*, il ne peut accepter aucune autre demande de *prestations d'invalidité* ou de *perte d'emploi* présentée pour la même *personne assurée*. Cette condition s'applique au *solde des transactions courantes* tant que se poursuit le versement de la *prestation mensuelle* liée à la demande reçue en premier. Par contre, pour les *financements Accord D*, l'*assureur* peut accepter une autre demande de *prestations d'invalidité* ou de *perte d'emploi* pour la même *personne assurée*. Il doit alors s'agir d'un *financement Accord D* qui ne fait pas déjà l'objet de *prestations* et qui a été obtenu avant la date de début d'une nouvelle *invalidité totale* ou *perte d'emploi*.
- 7) La *prestation d'assurance maladies graves* n'est payable qu'une seule fois par *personne assurée*.

MALADIES OU BLESSURES PRÉEXISTANTES

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

Le tableau suivant indique si une *personne assurée* est admissible ou non à une *prestation* lorsque son état de santé est lié à une maladie, aux symptômes associés à cette maladie ou à une blessure préexistante. Ce tableau s'applique aux protections Décès et Invalidité.

Le décès ou l' <i>invalidité totale</i> est-il survenu au cours de la première année d'assurance ?				
NON		OUI		
<i>Presta- tion payable</i>	La <i>personne assurée</i> a-t-elle été <i>traitée</i> pour la même maladie, les symptômes associés à cette maladie ou la blessure qui cause le décès ou l' <i>invalidité totale</i> au cours des six mois qui ont précédé le début de l'assurance ?			
	NON	OUI		
<i>Presta- tion payable</i>	La <i>personne assurée</i> a-t-elle connu une période continue de six mois, qui s'est terminée après le début de l'assurance, pendant laquelle elle n'a reçu aucun <i>traitement</i> pour cette maladie, les symptômes associés à cette maladie ou cette blessure ?			
		NON	OUI	
		Aucune <i>prestation payable</i>	<i>Presta- tion payable</i>	

En ce qui concerne les *financements Accord D*, les délais sont calculés à partir de la plus récente des dates suivantes: la date de chaque financement ou la date de début de l'assurance.

■ Résiliation

L'*adhérent* peut annuler son assurance en tout temps.

Si l'*adhérent* met fin à son assurance au cours des 30 premiers jours de son adhésion, toute prime payée lui sera remboursée. Pour ce faire, l'*adhérent* doit aviser l'*assureur*. Il peut utiliser à cette fin l'Avis de résolution qui se trouve à la page 39 de ce guide. L'*adhérent* doit envoyer sa demande à l'*assureur* par courrier, à l'adresse indiquée à la page 2 de ce guide.

L'*adhérent* peut également demander à l'*assureur* de mettre fin à son assurance en tout temps après ce délai de 30 jours. L'assurance de l'*adhérent* prendra alors fin à la *date du relevé* qui suit le jour de sa demande.

■ Quand l'assurance prend-elle fin ?

L'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- la *date du relevé* qui suit le jour où l'*adhérent* avise l'*assureur* de son désir de mettre fin à l'assurance ;
 - la *date du relevé* qui suit le jour où l'*adhérent* avise le *titulaire du contrat* de son désir d'annuler sa *carte de crédit* ;
 - la date de fin du contrat d'Assurance solde de crédit – Particuliers convenue entre le *titulaire du contrat* et l'*assureur* ;
 - la date à laquelle 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 ;
 - la date à laquelle l'*adhérent* décède.
- **Fin de la protection Décès ou mutilation :**

Décès de cause naturelle

L'assurance de chaque *personne assurée* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où elle atteint 70 ans.

Décès de cause accidentelle, perte d'usage ou mutilation

L'assurance de chaque *personne assurée* se poursuit tant et aussi longtemps que l'assurance est en vigueur. Par contre, l'assurance du *conjoint* ou du *codétenteur*

prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour du décès de l'*adhérent*. Par ailleurs, le paiement d'une *prestation* pour une *perte d'usage ou mutilation* n'entraîne pas la fin de l'assurance de l'*adhérent*, du *conjoint* ni du *codétenteur*.

- **Fin de la protection Invalidité :**

L'assurance de chaque *personne assurée* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où elle atteint 65 ans.

- **Fin de la protection Perte d'emploi :**

L'assurance de chaque *personne assurée* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où elle atteint 65 ans.

- **Fin de la protection Maladies graves :**

L'assurance de chaque *personne assurée* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où elle atteint 65 ans.

c) Conditions particulières pour le financement Accord D

Les conditions particulières décrites dans la présente section doivent se lire en complément des conditions décrites dans les autres sections du guide, à moins qu'il ne soit indiqué qu'elles les remplacent.

En plus des transactions courantes par carte de crédit, l'assurance couvre les *financements Accord D* suivants s'ils sont indiqués sur le relevé de compte de l'*adhérent*:

- 1) les *financements par remboursements égaux*
- 2) les *financements à paiement reporté*
- 3) les *avances d'argent par versements égaux*
- 4) les *avances d'argent REER*

Lorsque le *titulaire du contrat* offre tous les types de crédit, le *solde* utilisé pour déterminer la *somme assurée* correspond au total des *soldes* suivants :

- le *solde* des *transactions courantes*; **plus**
- le *solde* des *financements Accord D*.

1) **Conditions applicables aux financements par remboursements égaux**

L'assureur paie une *prestation* égale au *solde* associé au *financement par remboursements égaux* si la *personne assurée* décède ou si elle reçoit un premier diagnostic d'une *maladie grave* couverte.

L'assureur paie une *prestation* mensuelle qui correspond à la *mensualité* pour ces *financements par remboursements égaux* en cas d'*invalidité totale* ou de *perte d'emploi*. La *prestation* mensuelle totale est donc constituée de cette *mensualité* et de la *prestation* payable pour les *transactions courantes*.

2) **Conditions applicables au financement à paiement reporté**

L'assureur paie une *prestation* égale au *solde* associé au *financement à paiement reporté* si la *personne assurée* décède pendant la période où le remboursement est reporté.

Si un *paiement minimum* est exigible après le début d'une *invalidité totale* ou d'une *perte d'emploi*, il sera couvert par l'assurance. Toutefois, dans un tel cas, vous devez avoir obtenu le *financement à paiement reporté* avant le début de l'*invalidité totale* ou de la *perte d'emploi* pour avoir droit aux *prestations*.

De plus, aucune prime relative à ce *solde* n'est facturée à l'*adhérent* au cours de cette période.

3) **Conditions applicables aux avances d'argent par versements égaux et avances d'argent REER**

L'assureur paie une *prestation* égale au *solde* associé aux *avances d'argent par versements égaux* et *avances d'argent REER* si l'*adhérent* décède de façon accidentelle et qu'il est âgé de 70 ans ou moins, s'il subit une *perte d'usage ou mutilation* ou s'il reçoit un premier diagnostic d'une des *maladies graves* couvertes.

L'assureur paie une *prestation* mensuelle qui correspond à la *mensualité* pour les *avances d'argent par versements égaux* et *avances d'argent REER* en cas de *perte d'emploi*. La *prestation* mensuelle totale est donc constituée de cette *mensualité* et de la *prestation* payable pour les *transactions courantes*.

Le *conjoint* de l'*adhérent* n'est pas couvert pour les *avances d'argent par versements égaux* et les *avances d'argent REER*.

Par ailleurs, aucune prime relative au *solde* de ces *avances d'argent* n'est facturée à l'*adhérent*.

Conditions applicables à partir du 13 juin 2011 aux financements Accord D effectués avec une carte privative

1) **Les conditions ci-dessous remplacent la section « Comment le coût de votre assurance est-il calculé ? »**

La prime est indiquée sur le relevé de compte de l'*adhérent* et elle est calculée, pour chaque *financement Accord D*, en fonction du solde au moment de l'adhésion à l'assurance.

Il s'agit d'une prime nivelée, c'est-à-dire qu'elle est la même pour toute la durée du *financement*. Si la *carte privative* était déjà assurée au moment du *financement*, la prime est calculée en fonction du solde initial du *financement*.

La prime peut être recalculée à la demande du *détenteur principal de compte de crédit* si une remise en capital représentant 10 % ou plus du solde initial de son *financement* a été effectuée. La prime est recalculée en fonction du nouveau montant suivant: solde utilisé pour calculer la prime MOINS remise en capital. La prime est ajustée sur le relevé de compte qui est produit après la demande et aucun ajustement rétroactif n'est effectué.

La prime est prélevée jusqu'à ce que le solde du *financement* soit remboursé en totalité.

La *personne assurée* qui bénéficie de *prestations d'invalidité* ou de *perte d'emploi* a droit au remboursement d'une partie de sa prime mensuelle. Le montant de ce remboursement est égal à la prime calculée en fonction du solde qui a servi à établir la *prestation* payable. Ainsi, pendant une période de versement de *prestations d'invalidité* ou de *perte d'emploi*, l'*assureur* rembourse ce montant chaque mois.

Le taux de prime n'est pas garanti. Advenant une modification du taux de prime par l'*assureur*, celui-ci aviserait à l'avance le *titulaire du contrat*.

2) **Les conditions ci-dessous remplacent la section « Quel est le montant d'assurance maximal ? »**

La *somme assurée* maximale pour l'ensemble des *financements Accord D* effectués par un *adhérent* avec une ou des *cartes privatives* est de 50 000 \$ pour l'ensemble des protections de l'Assurance solde de crédit – Particuliers.

La *prestation* mensuelle maximale pour l'ensemble des *financements Accord D* effectués par un *adhérent* avec une ou des *cartes privatives* est de 750 \$ pour l'ensemble des protections de l'Assurance solde de crédit – Particuliers.

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.

3- DEMANDE DE PRESTATIONS (RÉCLAMATION)

a) Marche à suivre par la personne qui présente une demande

Pour obtenir les formulaires nécessaires pour présenter une demande de prestations (réclamation), vous pouvez procéder de l'une des trois façons suivantes :

- visitez le site **reclamation.desjardinsassurancevie.com**;
- communiquez avec l'assureur au **1 877 338-8928** ;
- prenez rendez-vous avec un conseiller à votre institution financière Desjardins.

L'assureur vous enverra les formulaires qui s'appliquent à votre situation et que vous devrez remplir pour effectuer votre demande. Ces formulaires peuvent comprendre :

- la Déclaration de l'assuré ou du réclamant ;
- la Déclaration du médecin ;
- la Déclaration de l'employeur ;
- l'Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels.

Dans le cas d'un décès, vous devrez aussi fournir une preuve de décès.

Vous devez transmettre tous les documents exigés par l'assureur, et ce, aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Dans le cas d'une invalidité totale, cela doit être fait **à l'intérieur d'une période d'un an** à partir du début de l'*invalidité totale*. Au-delà de cette période d'un an, l'assureur ne considère que la dernière année précédant la date de réception de la demande de prestations. Par exemple, si vous expédiez une demande de prestations à l'assureur 18 mois après le début de l'*invalidité totale*, l'assureur ne versera les prestations que pour les 12 mois précédant la réception de la demande.

L'assureur se réserve le droit de vous faire examiner par un *médecin* de son choix lorsque vous lui présentez une demande de prestations.

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 payable à l'*adhérent*.

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

Il revient à la *personne assurée* de fournir à l'*assureur* des preuves satisfaisantes de son *invalidité totale*. 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 la *personne assurée*:

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

Dans le cas d'une demande de prestations de perte d'emploi:

Il revient à la *personne assurée* de fournir à l'*assureur* des preuves satisfaisantes de la perte de son emploi et du maintien de son état de personne sans emploi.

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.

Prenez note que la Loi prévoit un délai maximal de 3 ans (délai de prescription) pour contester une décision de l'assureur au Québec et que ce délai est de 2 ans en Ontario.

Pour connaître vos droits, vous pouvez aussi consulter l'organisme de réglementation de votre province ou votre conseiller juridique.

4- 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, compagnie d'assurance vie. 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.

5- ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION

Pour obtenir des renseignements concernant le produit d'assurance décrit dans ce guide, communiquez avec l'*assureur* au numéro apparaissant à la page 2 du guide.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les obligations de l'assureur et du distributeur envers vous, l'*adhérent*, vous pouvez communiquer avec l'organisme de réglementation qui voit à l'application des lois sur les assurances de votre province de résidence.

a) Autorité des marchés financiers (pour les résidents du Québec seulement)

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boul. Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1
Ligne sans frais: 1 877 525-0337
Québec: 418 525-0337
Montréal: 514 395-0337
Télécopieur: 418 647-0376
Internet: www.lautorite.qc.ca

b) Commission des services financiers de l'Ontario (pour les résidents de l'Ontario seulement)

Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge
CP 85
Toronto, Ontario, M2N 6L9
Téléphone: 416 250-7250 ou 1 800 668-0128
Télécopieur: 416 590-7070
Courriel: contactcentre@fsco.gov.on.ca
Internet: www.fsco.gov.on.ca

6- AUTRES RENSEIGNEMENTS

■ 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 possibilité d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour plus de renseignements sur la loi et sur vos droits, vous pouvez communiquer avec l'organisme de réglementation de votre province.

Note: L'avis ci-dessous peut être utilisé par les assurés de toutes les provinces.

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule mon adhésion au contrat d'Assurance solde de crédit – Particuliers souscrit auprès de l'assureur:

Desjardins Sécurité financière,
compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Date
(date d'envoi de cet avis)

Numéro de la *carte de crédit*

Nom du client

Signature du client

L'adhésion à cette assurance a été faite le
(date de la demande d'adhésion)

à
(lieu de la demande d'adhésion)

Cet avis doit être transmis à l'assureur.

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 règlement de l'Autorité, 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 règlement de l'Autorité, 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.

■ **Gestion des renseignements personnels**

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF 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 DSF 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 inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante :

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

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF 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 DSF.

■ Une insatisfaction ? Faites-le-nous savoir.

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 adhésion. 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

Vous pouvez aussi joindre l'Officier :

- par téléphone au 1 877 938-8184
- par courriel à officierplaintes@dsf.ca

Nous vous invitons à visiter notre site Internet au 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.



VIE • SANTÉ • RETRAITE

desjardins.com



100 %