

ASSURANCE SOLDE DE CRÉDIT -
AFFAIRES

GUIDE

de distribution



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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

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

Avis pour les résidents du Québec :

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.

Avis pour les résidents des autres provinces canadiennes :

Pour se conformer à la Loi sur la distribution de produits et services financiers du Québec, *l'assureur* doit citer cette Loi à certains endroits dans le présent guide.

Veillez noter que des règles similaires visent à protéger les consommateurs dans les autres provinces canadiennes. Dans le but d'alléger la lecture du guide, ces règles ne sont pas nommées étant donné qu'il n'y a aucune obligation légale de les citer.



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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

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*.

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

- la police d'assurance, y compris toute annexe et tout *avenant*;
- la confirmation d'assurance;
- le formulaire d'adhésion.

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

1 866 838-7570.

Les mots définis dans le présent guide sont indiqués en *italique*. Vous trouverez leur définition aux pages 8 à 14.

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

TABLE DES MATIÈRES

1- INTRODUCTION	7
■ À quoi sert le guide de distribution?	7
■ Pourquoi choisir l'Assurance solde de crédit – Affaires?	7
■ Définitions	8
2- DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT	15
a) Nature du produit	15
b) Résumé des conditions et caractéristiques	15
■ Qui est admissible à l'assurance?	15
■ 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?	16
■ 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?	20
■ Quand les prestations prennent-elles fin?	21
■ Comment le coût de votre assurance est-il calculé?	22
■ Qui reçoit les prestations d'assurance?	22
■ L'assureur peut-il modifier le contrat?	22
■ Qu'arrive-t-il si le titulaire du contrat change certaines conditions?	23
■ Exclusions, limitations ou réductions de garantie	23
■ Résiliation	28
■ Quand l'assurance prend-elle fin?	29
c) Conditions particulières pour le financement Accord D	29
3- DEMANDE DE PRESTATIONS (RÉCLAMATION)	31
a) Présentation de la demande de prestations	31
b) Réponse de l'assureur	31

c) Appel de la décision de l'assureur et recours	32
4- PRODUITS SIMILAIRES	32
5- ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION	33
a) Autorité des marchés financiers (pour les résidents du Québec seulement)	33
b) Commission des services financiers de l'Ontario (pour les résidents de l'Ontario seulement)	33
6- AUTRES RENSEIGNEMENTS	33
■ Gestion des renseignements personnels	33
■ Avis de résolution d'un contrat d'assurance	35
■ Une insatisfaction? Faites-le-nous savoir.	38

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 – 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 **23** à **28**, qui traitent des **exclusions, limitations ou réductions de garantie**. De plus, vous trouverez aux pages **31** et **32** la marche à suivre pour la présentation d'une **demande de prestations**.

Nous vous incitons également à prendre connaissance de votre confirmation 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 :
 - 1) un décès;
 - 2) une *perte d'usage ou mutilation*;
 - 3) une *invalidité totale*; ou
 - 4) un premier diagnostic de *maladie grave*.
- Parce que c'est une protection sur mesure dont le coût est avantageux.

■ 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 vasculaire cérébral : diagnostic définitif d'un *accident vasculaire cérébral* 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 confirmés 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 correspond pas à la définition d'*accident vasculaire cérébral* décrite précédemment.**

Adhérent : toute personne :

- 1) qui répond aux 4 critères d'admissibilité, à savoir :
 - a) être propriétaire d'une entreprise;
 - b) être *détenteur de compte de crédit*;
 - 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 la confirmation d'assurance.

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

Avance d'argent par versements égaux ou avance d'argent : *financement par remboursements égaux* sous forme d'avance de fonds au moyen de la carte VISA Desjardins. Les *avances d'argent* sont remboursables par paiements mensuels égaux consécutifs déterminés au moment où l'avance est demandée. Ce type de *financement Accord D* 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.**

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.

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) les *financements Accord D*.

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*.

Date du relevé : date 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 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*; et
- 2) le *financement à paiement reporté*.

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

- 1) obtenu par *carte de crédit*; **et**
- 2) remboursable par des paiements mensuels égaux et consécutifs déterminés à la date du financement.

Ce type de financement inclut également les *avances d'argent par versements égaux*.

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

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 correspond pas à la définition d'*infarctus du myocarde (crise cardiaque)* décrite précédemment.**

Invalidité totale ou totalement invalide :

- 1) pour l'adhérent qui a effectué au moins 80 heures de travail payé au sein de son entreprise 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 l'*adhérent* d'accomplir toutes et chacune des tâches habituelles de sa fonction principale et,

- pour les mois suivants, empêche complètement l'*adhérent* de se livrer à tout *travail payé*.

2) pour tout *adhérent* qui n'a pas effectué au moins 80 heures de *travail payé* au sein de son entreprise 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 l'*adhérent* d'exercer chacune des activités normales d'une personne du même âge.

La maladie ou les blessures qui résultent de l'*accident* ainsi que l'état de santé de l'*adhérent* 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 l'*adhérent* pendant l'année qui suit le diagnostic. Une telle maladie doit être diagnostiquée par un *spécialiste*.

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. De plus, le *médecin* ne doit pas être un membre de la famille de l'*adhérent* ni habiter avec celui-ci.

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 de crédit* (à l'exception de tout montant en souffrance).

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 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*. 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 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*.

Somme assurée : montant permettant d'établir la *prestation* qui est versée si un événement couvert par l'assurance se produit. La *somme assurée* est définie dans le présent guide pour chaque protection sous la rubrique « Quelle est la somme assurée? » aux pages 17 et 18 de ce guide.

Spécialiste : personne, autre que l'*adhérent* lui-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 l'*adhérent* ni habiter avec celui-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 qui font l'objet d'un financement Accord D.

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

- 1) reçoit un revenu;
- 2) 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.

2- 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 transactions suivantes :

- 1) les *transactions courantes*;
- 2) les transactions sur *marge de crédit*;
- 3) 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*.

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 à l'ensemble des critères suivants au moment de l'adhésion à l'assurance :

- 1) vous êtes propriétaire d'une entreprise;
- 2) vous êtes *détenteur de compte de crédit*;
- 3) vous êtes âgé de 18 à 64 ans inclusivement;
- 4) vous travaillez activement au sein de votre entreprise (minimum de 25 heures par semaine).

L'assureur et le titulaire du contrat se réservent le droit de refuser votre demande d'adhésion si vous ne répondez pas aux 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 maladies ou blessures préexistantes (voir pages 26 à 28 de ce guide).

■ 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 confirmation d'assurance dans les jours qui suivront votre adhésion. Ce document constitue la preuve que vous êtes couvert par l'assurance.

■ 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 *totale*ment 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* qui est produit :

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

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* qui est produit :

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

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 du premier diagnostic de *maladie grave* chez l'*adhérent*; ou
- 2) à la date même du premier diagnostic de *maladie grave* chez l'*adhérent*.

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* et celles réalisées au moyen de la *marge de crédit*. 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 l'*adhérent* 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*. 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*. Elle doit survenir dans les 365 jours qui suivent l'*accident*.

L'assureur verse la même prestation que l'adhérent 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 *paiement minimum* indiqué sur le relevé de *compte de crédit* jusqu'à concurrence du maximum mensuel permis.

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

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 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*.

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*.

■ 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 100 000 \$ par *adhérent*.

Le total des *prestations* pouvant être versées pour l'ensemble des protections de l'Assurance solde de crédit – Affaires ne peut dépasser 100 000 \$ par *adhérent*.

La *prestation* mensuelle maximale est de 2 000 \$ 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.

Des conditions particulières s'appliquent aux *financements Accord D* (voir cette section aux pages 29 et 30).

■ Quand les prestations commencent-elles?

• Protection Décès ou mutilation :

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

• Protection Invalidité :

Pour l'*adhérent* qui a effectué au moins 80 heures de *travail payé* au sein de son entreprise 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 l'*adhérent* est toujours *totaletement invalide*. **La *prestation* s'applique alors rétroactivement à la première journée d'*invalidité totale*. Ainsi, la première *prestation* inclut les 30 premiers jours d'*invalidité totale*.**

Pour l'adhérent qui n'a pas effectué au moins 80 heures de travail payé au sein de son entreprise 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 l'adhérent est toujours *totalelement invalide*. **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 l'adhérent n'a pas été *totalelement 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 totale*.

• **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 *totalelement 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 *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 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.

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 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 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*.

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- 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	X	2. Si la cause directe ou indirecte de l'état de l' <i>adhérent</i> est un acte commis volontairement ou une tentative de suicide, qu'il ait été conscient ou non de ses actes.
X	X	X	3. Si la cause directe ou indirecte de l'état de l' <i>adhérent</i> est un des événements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • une guerre, déclarée ou non; • un affrontement public; • une émeute; • une révolte;

A- Décès ou mutilation				
B- Invalidité				
C- Maladies graves				
A	B	C		
				<ul style="list-style-type: none"> • une insurrection; ou • un acte de terrorisme. Cette exclusion s'applique que l' <i>adhérent</i> participe ou non à ces événements.
X	X	X	4.	Si la cause directe ou indirecte de l'état de l' <i>adhérent</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 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	6.	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	7.	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	8.	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	9.	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? » à la page 20 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? » à la page 20 de ce guide.
- 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.
- 4) Si un *adhérent* 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? » à la page 20 de ce guide.
- 6) 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 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 pour le même adhérent. 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*.

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

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 l'adhérent 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 à la protection Décès ou mutilation et à la protection Invalidité.

Le décès, la <i>mutilation</i> ou l' <i>invalidité totale</i> est-il survenu au cours de la première année d'assurance?			
NON		OUI	
<i>Prestation payable</i>	<i>L'adhérent a-t-il été traité pour la même maladie, les symptômes associés à cette maladie ou la blessure qui a causé le décès, la mutilation ou l'invalidité totale au cours des six mois précédant le début de l'assurance?</i>		
	NON	OUI	
<i>Prestation payable</i>	<i>L'adhérent a-t-il connu une période continue de six mois, qui s'est terminée après le début de l'assurance, pendant laquelle il n'a reçu aucun traitement pour cette maladie, les symptômes associés à cette maladie ou cette blessure?</i>		
	NON	NON	OUI
	Aucune <i>prestation payable</i>		<i>Prestation 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.

Si aucune *prestation* n'est payable pour un décès en raison d'une maladie ou d'une blessure préexistante, 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 ou la *mutilation* est dû à une maladie, aux symptômes associés à cette maladie ou à une blessure qui a été *traitée* dans les 6 mois précédant le décès ou la *mutilation*, 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 ou de la *mutilation*;
- les 6 mois juste avant les 6 mois qui ont précédé le décès ou la *mutilation*, si le premier traitement a eu lieu PLUS de 6 mois avant la date du décès ou de la *mutilation*.

2) Protection Invalidité

Lorsque l'*adhérent* a droit à des *prestations* et que son *invalidité totale* est due à une maladie, aux symptômes associés à cette maladie ou à une blessure qui a été *traitée* dans les 6 mois précédant le début

de l'invalidité totale, la prestation est égale au plus petit des montants suivants :

- a) **le paiement minimum, tel qu'il est indiqué sur le relevé de compte de crédit produit avant le début de l'invalidité totale; ou**
- b) **le paiement 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 totale;**
 - **les 6 mois juste avant les 6 mois qui ont précédé le début de l'invalidité totale, si le premier traitement a eu lieu PLUS de 6 mois avant la date du début de l'invalidité totale.**

■ Résiliation

L'adhérent peut annuler son assurance en tout temps.

Si l'adhérent met fin à son assurance dans les 30 premiers jours suivant son adhésion, toute prime payée lui sera remboursée. Pour ce faire, l'adhérent peut aviser l'assureur par téléphone au numéro indiqué à la page 3 de ce guide. Il peut aussi utiliser l'Avis de résolution d'un contrat d'assurance qui se trouve à la page 36.

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* atteint 65 ans;
- la date à laquelle l'*adhérent* décède;
- la date à laquelle l'*adhérent* n'est plus propriétaire de l'entreprise;
- la date à laquelle l'*adhérent* déclare faillite;
- 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 de fin du contrat d'Assurance solde de crédit – Affaires convenue entre le *titulaire du contrat* et l'*assureur*;
- la date à laquelle le *titulaire du contrat* retire à l'*adhérent* les droits et les privilèges qu'il lui accordait.

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 deux types de *financement Accord D* suivants s'ils sont indiqués sur le relevé de compte de l'*adhérent* :

- 1) les *financements à paiement reporté*
Ce type de financement est effectué pour l'achat de biens ou de services chez un marchand.
- 2) 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*.

La *prestation* mensuelle en cas d'*invalidité totale* correspond à la *mensualité* pour ces types de *financement Accord D*. La *prestation* mensuelle

totale est donc constituée de cette *mensualité* et de la *prestation* payable pour les *transactions courantes*.

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 :

- 1) le *solde* des *transactions courantes* par *carte de crédit*; **plus**
- 2) le *solde* des *transactions sur marge de crédit*; **plus**
- 3) le *solde* des *financements Accord D*.

Conditions applicables aux *financements à paiement reporté (financement Accord D)*

L'assureur paie une *prestation* égale au *solde* associé au *financement à paiement reporté* si l'*adhérent* décède pendant la période où le remboursement est reporté. De plus, aucune prime relative à ce *solde* n'est facturée à l'*adhérent* au cours de cette période.

Si un *paiement minimum* est exigible après le début d'une *invalidité totale*, 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* pour avoir droit aux *prestations*.

Conditions applicables aux *avances d'argent par versements égaux (financement Accord D)*

L'Assurance solde de crédit – Affaires protège le *solde* des *avances d'argent par versements égaux* qui ont été effectuées à compter du 20 janvier 2013. Ces *avances d'argent* sont protégées en cas de décès accidentel, de *perte d'usage ou mutilation* et d'*invalidité totale*. La protection en cas de décès accidentel prévoit le versement d'une *prestation* égale à la *somme assurée*. Aucune prime n'est facturée à l'*adhérent* relativement au *solde* de ces *avances d'argent*.

3- DEMANDE DE PRESTATIONS (RÉCLAMATION)

a) Présentation de la demande de prestations

Pour présenter une demande, l'*adhérent*, ou ses héritiers légaux en cas de décès, doit communiquer par téléphone avec l'*assureur* au :

1 866 838-7532

Par la suite, l'*assureur* demandera qu'on lui transmette les documents qui prouvent l'événement donnant droit aux *prestations*.

Vous devez fournir tous les documents exigés par l'*assureur* pour l'étude de votre demande aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais sans dépasser un an après l'événement donnant droit aux *prestations*.

Au-delà de cette période, l'*assureur* ne considère que la dernière année précédant la date de réception de la demande de *prestations* pour les cas d'*invalidité totale*. 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* 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 payable au *titulaire du contrat*.

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

Il revient à l'*adhérent* 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 l'*adhérent* :

- 1) fournisse des preuves satisfaisantes quant à la continuité de son *invalidité totale*;
- 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.

Il est absolument interdit d'intenter contre un *assureur* des actions ou des procédures ayant pour objet le recouvrement des sommes d'argent assurées aux termes du contrat, à moins que ces actions ou procédures n'aient été introduites à l'intérieur des délais énoncés dans la *Insurance Act* ou toute autre loi applicable. 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. En effet, nous sommes l'un des plus importants assureurs de personnes au Canada.

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 3 du guide.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les obligations de l'assureur et du distributeur, 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@fscsco.gov.on.ca
Internet : www.fscsco.gov.on.ca

6- AUTRES RENSEIGNEMENTS

■ 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.

DSF fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de DSF, à l'adresse desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

■ 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 – Affaires 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.

■ 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 leurs 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

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, pour obtenir plus de renseignements sur la procédure à suivre en cas d'insatisfaction ou de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte.

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.

Votre satisfaction, c'est notre priorité!

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

1 866 838-7570.



desjardins.com