

ASSURANCE SOLDE DE CRÉDIT –
PARTICULIERS

GUIDE de distribution



Desjardins
Sécurité financière^{MD}

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

MD Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

Avis émis par l'Autorité des marchés financiers

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



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

Ce 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 forment votre contrat d'assurance :

- la police d'assurance;
- l'attestation d'assurance;
- le formulaire d'adhésion;
- 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

Les mots définis dans ce guide sont indiqués en *italique*. Vous trouverez leur définition aux pages 8 à 13.

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
■ À quoi sert le guide de distribution?	7
■ Pourquoi choisir l'Assurance solde de crédit – Particuliers?	7
■ Définitions	8
1- DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT	13
a) Nature du produit	13
b) Résumé des conditions et caractéristiques	14
■ Qui est admissible à l'assurance?	14
■ Comment pouvez-vous obtenir l'assurance?	14
■ Devez-vous répondre à des questions relatives à votre état de santé?	14
■ Quelles sont les protections offertes?	14
■ Quelle est la somme assurée?	15
■ Quel est le montant de la prestation?	16
■ Quand l'assurance débute-t-elle?	18
■ Quel est le montant d'assurance maximal?	18
■ Quand les prestations commencent-elles?	19
■ Quand les prestations prennent-elles fin?	20
■ Comment le coût de votre assurance est-il calculé?	20
■ Qui reçoit les prestations d'assurance?	21
■ Qu'arrive-t-il si le titulaire du contrat change certaines conditions?	21
■ Conditions particulières pour le financement Accord D	21
■ Exclusions, limitations ou réductions de garantie	24
■ Résiliation	29
c) Quand l'assurance prend-elle fin?	29
2- DEMANDE DE PRESTATIONS	30
a) Présentation de la demande de prestations	30
b) Réponse de l'assureur	31
c) Appel de la décision de l'assureur et recours	31

3- PRODUITS SIMILAIRES	32
4- AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS (RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT)	32
5- AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE	33
6- GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	37
7- VOTRE SATISFACTION, C'EST NOTRE PRIORITÉ!	38

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 28**, qui traitent des **exclusions, limitations ou réductions de garantie**. De plus, vous trouverez à la page **30** la marche à suivre pour la présentation d'une **demande de prestations**.

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

■ Pourquoi choisir l'Assurance solde de crédit – 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*;
 - 4) une *perte d'emploi*; ou
 - 5) un premier diagnostic de *maladie grave*.
- Parce que c'est une protection sur mesure dont le coût avantageux est directement proportionnel au *solde* du compte.
- Parce que si vous avez un *conjoint*, il est automatiquement assuré sans aucun frais supplémentaires.

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

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

Adhérent : toute personne :

- 1) qui répond aux 2 critères d'admissibilité, c'est-à-dire :
 - a) détenir 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.

Avance d'argent remboursable par versements égaux ou **avance d'argent** : *financement par remboursements égaux* sous forme d'avance de fonds obtenue à la caisse 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 : présence d'une tumeur caractérisée par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes qui envahissent les tissus. Pour les *cancers* de la peau, la définition s'applique

seulement aux cas de mélanomes malins invasifs atteignant le derme ou des tissus plus profonds.

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

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

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

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

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).

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 D¹: mode de financement qui diffère des *transactions courantes* et doté d'une limite de crédit distincte. Le *financement Accord D* comprend :

- 1) le *financement à 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 remboursables par versements égaux* qui ont été effectuées à la caisse.

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

- 1) les résultats de l'électrocardiographie doivent indiquer des variations nouvelles confirmant le diagnostic d'un infarctus aigu;

¹ Marque de commerce propriété de la Fédération des caisses Desjardins du Québec.

2) les marqueurs biochimiques cardiaques doivent avoir atteint le niveau correspondant à un diagnostic d'infarctus aigu du myocarde.

Invalidité ou invalide :

- 1) pour l'assuré 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 12 premiers mois, empêche complètement l'assuré d'accomplir toutes et chacune des tâches habituelles de sa fonction principale et,
 - pour les mois suivants, empêche complètement l'assuré de se livrer à tout *travail payé* qui lui permet de toucher 60 % du salaire normal qu'il recevait au début de son *invalidité*. L'*assureur* ne tient pas compte de la disponibilité d'un tel emploi dans la région où réside la *personne assurée*.
- 2) pour tout autre assuré, 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'assuré 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 l'*assuré* doivent être constatés par un *médecin*.

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

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 *médecin*.

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.

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 dans ce guide sous la rubrique « Quelle est la somme assurée? » aux pages 15 et 16 de ce guide.

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

Traitements(s) :

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

1- 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 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 crédit suivants :

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

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 détenez 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 codétendeur du compte, si vous adhérez à l'Assurance solde de crédit – Particuliers.

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 remplissant le formulaire prévu à cette fin lors de la demande de la *carte de crédit* ou par la suite. On peut également obtenir l'assurance en y adhérant 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. Il en est de même pour votre *conjoint*. Toutefois, les *prestations* peuvent être limitées en raison de blessures ou de troubles de santé préexistants (voir page 28 de ce guide).

■ 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 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 *invalidé*, selon les conditions du contrat;
- 3) la **protection Perte d'emploi**, qui prévoit le paiement de *prestations* si vous perdez votre emploi, selon les conditions du contrat;
- 4) 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*; **ou**
- 2) à la date même du décès ou de l'*accident* qui cause la *perte d'usage ou mutilation*.

Si un *accident* cause par la suite le décès de 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 à la date du relevé* qui est produit :

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

Pour la protection Perte d'emploi :

La *somme assurée* est égale au *solde 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*.

■ Quel est le montant de la prestation?

Pour la protection Décès ou mutilation :

- **Décès**

La *prestation* est égale à la *somme assurée*, jusqu'à un maximum de 25 000 \$.

- **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 un maximum de 25 000 \$. 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 un maximum de 25 000 \$.

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.

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

Pour la protection Invalidité :

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

- 1) 10 % de la *somme assurée*; ou
- 2) le *paiement minimum* indiqué sur votre relevé de compte.

Le montant maximal de la *prestation* est de 750 \$ par mois.

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*, l'*assureur* verse une proportion de la *somme assurée* qui correspond au nombre de jours d'*invalidité* 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.

Le montant maximal de la *prestation* est de 750 \$ par mois.

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 un maximum de 25 000 \$.

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

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

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

Pour toutes les protections :

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*.

■ Quand l'assurance débute-t-elle?

Vous et votre *conjoint*, s'il y a lieu, êtes protégés dès le jour de votre adhésion à l'Assurance solde de crédit – Particuliers.

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

■ Quel est le montant d'assurance maximal?

La *somme assurée* maximale pour l'ensemble des protections de l'Assurance solde de crédit – 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.

■ 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 :

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

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 :

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

Périodes successives d'*invalidité* :

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

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

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

Protection Perte d'emploi :

L'*assureur* commence à verser les *prestations* à partir de la 31^e journée 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.**

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 *invalidé* 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 *titulaire du contrat* retire à l'*adhérent* les droits et priviléges qu'il lui accordait selon ce que prévoit le contrat de crédit variable.

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

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

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

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.

■ 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*.

■ Conditions particulières pour le financement Accord D

Les conditions spécifiques qui suivent s'appliquent lorsque le titulaire du contrat offre le financement Accord D.

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

La prestation mensuelle en cas d'invalidité ou de perte d'emploi 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*; **PLUS**
- 2) le *solde des financements Accord D*.

Quant à la prime, elle est calculée en fonction du *solde total indiqué sur le relevé de compte, à l'exclusion des avances d'argent remboursables par versements égaux obtenues à compter du 11 septembre 2005*.

Particularités applicables au financement à paiement reporté (financement Accord D)

L'assureur paie une *prestation égale* au *solde* associé au *financement à paiement reporté* si l'*adhérent* ou son *conjoint* 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. Il s'agit donc d'une protection supplémentaire offerte gratuitement par l'*assureur*.

Si un *paiement minimum* est exigible après le début d'une *invalidité* ou 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* ou la *perte d'emploi* pour avoir droit aux *prestations*.

Particularités applicables aux avances d'argent remboursables par versements égaux (financement Accord D)

L'Assurance solde de crédit – Particuliers protège le *solde des avances d'argent remboursables par versements égaux* qui ont été effectuées à la caisse **avant le 11 septembre 2005**. L'*adhérent* et son *conjoint* sont couverts par l'ensemble des protections de cette assurance. Le *solde* de ces *avances d'argent* est inclus dans le calcul de la prime.

L'Assurance solde de crédit – Particuliers protège aussi le *solde des avances d'argent remboursables par versements égaux* qui ont été effectuées à la caisse **à compter du 11 septembre 2005**. Ces *avances d'argent* sont protégées en cas de décès accidentel, de *perte d'usage ou mutilation*, de *perte d'emploi* et de *maladies graves* de l'*adhérent*. Le *conjoint* de l'*adhérent* n'est pas couvert pour les *avances d'argent* obtenues à compter de cette date. La protection en cas de décès accidentel prévoit le versement d'une *prestation* égale à la *somme assurée*. Par ailleurs, aucune prime relative au *solde* de ces *avances d'argent* n'est facturée à l'*adhérent*.

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 INDICUÉE D'UN « X ».

A- Décès ou mutilation				
B- Invalidité				
C- Perte d'emploi				
A	B	C	D	
X				<p>1. Si l'adhérent ou son conjoint se suicident pendant les deux premières années d'assurance. Dans le cas du suicide de l'adhérent, l'assureur met fin à l'assurance de toutes les personnes assurées et rembourse les primes versées. Dans le cas du suicide du conjoint, seule l'assurance du conjoint prend fin et l'assureur ne rembourse aucune prime.</p>
X	X	X	X	<p>2. Si la cause directe ou indirecte de l'état de la personne assurée est un acte commis volontairement ou une tentative de suicide, qu'elle ait été consciente ou non de ses actes.</p>
X	X	X	X	<p>3. Si la cause directe ou indirecte de l'état de la personne assurée est un des événements suivants :</p> <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. <p>Cette exclusion s'applique que la personne assurée participe ou non à ces événements.</p>

A- Décès ou mutilation

B- Invalidité

C- Perte d'emploi

D- Maladies graves

A	B	C	D		
X	X	X	X	4.	Si la cause directe ou indirecte de l'état de la personne assurée est sa participation ou à sa tentative de participation : • à un acte criminel; • à un attentat quelconque.
		X		5.	Si la personne assurée perd un emploi saisonnier, occasionnel ou temporaire.
		X		6.	Si la personne assurée perd un emploi qui n'exige pas le versement de cotisations au régime d'assurance-emploi du gouvernement du Canada et ne donne pas droit aux prestations d'assurance-emploi de ce régime.
		X		7.	Si la personne assurée était informée de la perte d'emploi au moment de l'adhésion à l'assurance.
		X		8.	Si la perte d'emploi survient au cours des 30 jours qui suivent le début de l'assurance.
		X		9.	Si la perte d'emploi est liée à une démission volontaire.
		X		10.	Si la perte d'emploi est liée à une grève, à un lock-out, à une fraude ou à une infraction à la loi.
		X		11.	Si la perte d'emploi est liée à la fin d'un contrat à durée fixe.
		X		12.	Pour tout congé ne mettant pas fin au lien d'emploi.
		X		13.	Pour toute cessation d'emploi liée à la retraite.

A- Décès ou mutilation

B- Invalidité

C- Perte d'emploi

D- Maladies graves

A	B	C	D		
		X		14.	Si l'état de la personne assurée résulte directement ou indirectement de l'usage de tout médicament, de toute substance intoxiquante, de toute drogue ou de tout narcotique, sauf s'ils sont prescrits ou recommandés par un médecin.
		X		15.	Pour tout <i>cancer</i> ou toute <i>maladie terminale</i> qui existait avant le début de l'assurance ou qui a été diagnostiquée avant la date du début de l'assurance ou dans les 90 jours qui ont suivi cette date.*
		X		16.	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		17.	Si la personne assurée 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 date de chaque financement plutôt que de 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 18 et 19 de ce guide.
- 2) La prestation mensuelle d'une personne assurée 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 18 et 19 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 une personne assurée 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 18 et 19 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* ou *perte d'emploi*.

7) La prestation d'assurance maladies graves n'est payable qu'une seule fois par personne assurée.

BLESSURES OU TROUBLES DE SANTÉ PRÉEXISTANTS

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

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

L'événement (décès ou invalidité) est-il survenu au cours de la première année d'assurance?					
NON	OUI				
<i>Prestation payable</i>	L'événement est-il attribuable à une blessure ou un trouble de santé pour lequel la <i>personne assurée</i> a reçu au moins un <i>traitement</i> au cours des six mois qui ont précédé le début de l'assurance?				
	<table border="1"><thead><tr><th>NON</th><th>OUI</th></tr></thead><tbody><tr><td><i>Prestation payable</i></td><td>Aucune prestation payable* * Cependant, s'il existe une période continue de six mois, qui s'est terminée après le début de l'assurance, pendant laquelle la <i>personne assurée</i> n'a reçu aucun <i>traitement</i> pour cette blessure ou ce trouble de santé, la <i>prestation</i> est payable.</td></tr></tbody></table>	NON	OUI	<i>Prestation payable</i>	Aucune prestation payable* * Cependant, s'il existe une période continue de six mois, qui s'est terminée après le début de l'assurance, pendant laquelle la <i>personne assurée</i> n'a reçu aucun <i>traitement</i> pour cette blessure ou ce trouble de santé, la <i>prestation</i> est payable.
NON	OUI				
<i>Prestation payable</i>	Aucune prestation payable* * Cependant, s'il existe une période continue de six mois, qui s'est terminée après le début de l'assurance, pendant laquelle la <i>personne assurée</i> n'a reçu aucun <i>traitement</i> pour cette blessure ou ce trouble de santé, la <i>prestation</i> est payable.				

En ce qui concerne les *financements Accord D*, la période de 6 mois est calculée à partir de la date de chaque financement plutôt que de la date de début de l'assurance.

■ Résiliation

La Loi sur la distribution de produits et services financiers permet au preneur d'un contrat d'assurance de mettre fin à ce dernier, sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature. Dans le cas de l'Assurance solde de crédit – Particuliers, l'*assureur* accorde à l'*adhérent*, pour ce faire, un délai de **20 jours** à compter de la date de réception du guide de distribution. L'*adhérent* peut également en tout temps après ce délai de 20 jours demander à l'*assureur* de mettre fin à son contrat d'assurance.

Pour mettre fin à son contrat, l'*adhérent* doit aviser l'*assureur* **par écrit**. Il peut utiliser à cette fin l'Avis de résolution qui se trouve à la page 34 de ce guide. L'*adhérent* doit envoyer sa demande à l'*assureur* par courrier recommandé, à l'adresse indiquée à la page 2 de ce guide.

c) 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 priviléges 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 l'*adhérent* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où il atteint 70 ans. L'assurance du *conjoint* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où il atteint 70 ans ou au décès de l'*adhérent*.

Décès de cause accidentelle, perte d'usage ou mutilation

L'assurance de l'*adhérent* et du *conjoint* se poursuit tant et aussi longtemps que l'assurance est en vigueur. Par contre, l'assurance du *conjoint* 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* ni du *conjoint*.

- **Fin de la protection Invalidité :**

L'assurance de l'*adhérent* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où il atteint 65 ans. L'assurance du *conjoint* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où il atteint 65 ans.

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

L'assurance de l'*adhérent* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où il atteint 65 ans. L'assurance du *conjoint* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où il atteint 65 ans.

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

L'assurance de l'*adhérent* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où il atteint 65 ans. L'assurance du *conjoint* prend fin à la *date du relevé* qui suit le jour où il atteint 65 ans.

2- DEMANDE DE PRESTATIONS

a) Présentation de la demande de prestations

Pour présenter une demande, la *personne assurée* doit communiquer par écrit ou par téléphone avec l'*assureur*. Elle doit lui transmettre :

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

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

L'*assureur* peut, s'il y a lieu, demander à la *personne assurée* 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 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*. 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) fournit des preuves satisfaisantes quant à la continuité de son *invalidité*;
- 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.

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

Si vous êtes un résident du Québec et désirez en savoir plus sur vos droits, vous pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers. Les numéros de cet organisme sont le 418 525-0337, 514 395-0337 et le 1 877 525-0337. Vous pouvez également vous adresser à votre conseiller juridique.

3- PRODUITS SIMILAIRES

Des produits d'assurance similaires sont offerts sur le marché. Cependant, vous avez pris une sage décision en choisissant de faire affaire avec Desjardins Sécurité financière, 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.

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

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

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

5- 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, **sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature** (*l'assureur* vous accorde néanmoins 20 jours). 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 20 jours, vous avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au : 418 525-0337, 514 395-0337 ou 1 877 525-0337.

**Avis de résolution
d'un contrat d'assurance**

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

Date : _____
(date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers,
j'annule le contrat d'Assurance solde de crédit
- Particuliers no :

(numéro de la *carte de crédit*)

conclu le : _____
(date de la signature du contrat)

à : _____
(lieu de la signature du contrat)

(nom du client)

(signature du client)

Cet avis doit être transmis par courrier recommandé.

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 manoeuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

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

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

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

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

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

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

Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

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

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

6- 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 non nécessaires. 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.

7- VOTRE SATISFACTION, C'EST NOTRE PRIORITÉ!

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

1. Communiquez avec la personne auprès de laquelle vous vous êtes procuré ce produit.

Téléphonez à la personne qui vous a offert le produit d'assurance. Pour obtenir son numéro, consultez la documentation qui vous a été remise lors de votre adhésion. Demandez-lui 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 : 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.

Votre satisfaction, c'est notre priorité!

Quelques conseils pour faciliter vos démarches

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



www.desjardins.com

MD Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

99283F08 (08-03)