

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 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 ne 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.

fold line

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.

fold line



Nom du produit d'assurance :
Amex Protecteur de compte - Ultime

Type de produit d'assurance :
Assurance crédit collective facultative offrant une couverture en cas de décès, de mutilation, de décès accidentel, de maladie grave, de perte d'emploi involontaire, de perte de revenu d'un travail indépendant, d'invalidité requérant une hospitalisation et d'invalidité totale avec une protection lors des événements heureux de la vie

Coordonnées de l'assureur :
American Bankers Compagnie
d'Assurance Vie de la Floride
American Bankers Compagnie
d'Assurance Générale de la Floride

Case postale 7200
Kingston (Ontario)
K7L 5V5

Téléphone : 1-800-708-0807
Télécopieur : 1-800-244-3980

COORDONNÉES DU DISTRIBUTEUR :



Banque Amex du Canada
2225, avenue Sheppard Est
Bureau 100
Toronto (Ontario) M2J 5C2
1-800-869-3016

Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers

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

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Définitions	3
Description du produit offert	7
a) Nature de la garantie.....	7
b) Résumé des conditions particulières.....	7
• Conditions d'admissibilité.....	7
• Montant de la protection et modalités de paiement.....	8
• Bénéficiaire de l'assurance.....	13
• Prime.....	14
• Période d'attente.....	15
• Date d'entrée en vigueur.....	15
• Confirmation de l'assurance.....	15
• Renouvellement.....	15
c) Exclusions, limitations ou réductions de garantie.....	16
d) Fin de la protection d'assurance.....	17
e) Résolution.....	18
f) Autres renseignements.....	19
Demande d'indemnité ou de réclamation ..	20
a) Présentation de la réclamation.....	20
b) Réponse de l'assureur.....	20
c) Appel de la décision de l'assureur et recours.....	21
Produits similaires	21
Référence à l'Autorité des marchés financiers	21
Avis de résolution d'un contrat d'assurance	22

Introduction

Ce guide de distribution a pour but de décrire Amex Protecteur de compte - Ultime, une assurance-crédit collective offerte pour les cartes de crédit American Express®, selon une présentation qui vous est facile à comprendre. De plus, il a pour objet de vous permettre de déterminer, puisque vous n'êtes pas en présence d'un représentant en assurance, si le produit d'assurance offert correspond à vos besoins.

Nous vous invitons à lire attentivement ce guide, plus particulièrement la page 16 qui traite des **exclusions, limitations ou réductions de garantie**. De plus, vous trouverez à la page 20 la marche à suivre pour **la présentation de la réclamation**.

Définitions

Dans ce guide de distribution, les mots **en italiques** sont définis tel que suit :

Compte signifie *votre compte*-carte de crédit American Express®.

Condition préexistante signifie toute maladie ou affection physique qui occasionne un sinistre dans les 6 premiers mois suivant *la date d'entrée en vigueur* du certificat d'assurance et qui a été diagnostiquée ou traitée dans les 6 mois précédant la *date d'entrée en vigueur*.

Conjoint désigne la personne avec qui *vous* êtes légalement marié ou avec qui *vous vivez* depuis au moins 6 mois de suite et qui est publiquement représentée comme étant *votre conjoint*.

Créancier désigne la Banque Amex du Canada, soit le *créancier* à qui la dette est due.

Date du relevé signifie la date du dernier jour de la période de facturation pour laquelle *votre relevé de compte* a été produit.

Date d'entrée en vigueur signifie la date à laquelle *vous* êtes inscrit à la couverture par la Banque Amex du Canada, telle qu'indiquée dans la *lettre de bienvenue* qui accompagne le certificat d'assurance.

Date du sinistre signifie :

- la date de *votre* décès ou celui de *votre conjoint*;
- la date de l'accident qui a entraîné *votre mutilation* ou celle de *votre conjoint*;
- la date de l'accident qui a entraîné *votre* décès ou celui de *votre conjoint*;
- la date du diagnostic initial d'une *maladie grave* couverte concernant *vous* ou *votre conjoint*.
- la date de *votre perte d'emploi involontaire*;
- la date de fermeture de *votre* entreprise en raison de difficultés financières;
- la date de *votre hospitalisation*; **ou**
- la date de *votre invalidité totale* ou celle de *votre conjoint*.

Décès accidentel signifie tout décès qui se produit par accident directement et indépendamment de toute autre cause et qui survient dans les 100 jours suivant l'accident entraînant le décès.

Emploi et employé signifient

- Pour la couverture Perte d'emploi involontaire :
L'exercice des fonctions habituelles de *votre* métier contre salaire ou gains à raison d'au moins 25 heures par semaine auprès d'un seul *employeur* pendant au moins 3 mois de suite.
- Pour la couverture Invalidité totale :
L'exercice des fonctions habituelles de *votre* métier ou de celui de *votre conjoint* (y compris le travail indépendant) contre salaire ou gains à raison d'au moins 25 heures par semaine.

Employeur désigne la personne physique ou morale auprès de qui *vous* occupez un *emploi*, à l'exclusion de vous-même ou d'une personne physique ou morale sur laquelle *vous* exercez un contrôle.

Événement heureux de la vie signifie:

- la cessation de *votre* métier principal à l'occasion de *votre* départ à la retraite (garantie maximale à vie de un paiement);
- l'achat d'une maison qui *vous* servira de résidence principale;
- l'entrée de *votre* enfant dans un établissement d'éducation secondaire agréé (collège ou université) pour la première fois;
- *votre* mariage;
- le mariage de *votre* enfant; **ou**
- la naissance ou l'adoption d'un enfant.

Hospitalisé et **hospitalisation** signifient un séjour dans un hôpital agréé et légalement constitué qui fournit des soins infirmiers 24 heures sur 24 par des infirmiers autorisés ainsi que des installations organisées afin de permettre les diagnostics et les interventions chirurgicales importantes, qui est exploité principalement dans le but de soigner et de traiter les personnes malades ou blessées, qui est doté d'appareils de radiographie et de salles d'opération, et qui est sous la surveillance médicale d'un médecin autorisé, en raison d'une blessure corporelle accidentelle ou d'une maladie.

Invalidité totale et **totale**ment **invalide** signifient que *vous* ou *votre conjoint* êtes incapable d'exercer les fonctions habituelles de vos métiers au moment de *l'invalidité totale*.

Lettre de bienvenue signifie la lettre de confirmation qui fait partie de *votre* trousse de bienvenue qui *vous* a été envoyée lors de *votre* inscription à la couverture.

Maladie grave signifie une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral, le cancer ou la coronaropathie (ne concerne que le pontage coronarien).

Montant maximal d'assurance : 20 000 \$.

Mutilation signifie la perte complète et irréversible de la vue des deux yeux, ou la perte totale et définitive d'une main au niveau

ou au-dessus de l'articulation du poignet ou d'un pied au niveau ou au-dessus de l'articulation de la cheville. La *mutilation* doit survenir dans les 100 jours suivant l'accident.

Nous, notre et **nos** désignent American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride et/ou American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride, soit l'assureur d'une couverture particulière, pris individuellement, ou les assureurs, pris collectivement.

Paiement forfaitaire signifie le moins élevé des montants suivants :

- (a) la totalité du montant dû à *votre compte* à la *date du sinistre*, y compris tout montant dû en raison de *votre* participation au *programme de versements*;
- (b) le *montant maximal d'assurance* indiqué dans le Sommaire.

Paiement mensuel signifie la somme des montants suivants :

- (a) le montant le plus élevé de 10 \$ ou de 5 % du montant dû à *votre compte* à la *date du sinistre*, excluant tout montant dû en raison de *votre* participation au *programme de versements*, jusqu'à concurrence de 1 000 \$; **et**
- (b) *votre* obligation de paiement par versement mensuel due en raison de *votre* participation au *programme de versements* à la *date du sinistre*.

Participant désigne un *titulaire de carte* admissible qui :

- a fait la demande d'inscription au régime d'assurance facultative Amex Protecteur de compte – Ultime;
- a reçu un certificat d'assurance; **et**
- a été approuvé pour les couvertures en vertu des contrats-cadres collectifs.

Le *participant* peut aussi être désigné par « **vous** », « **votre** » et « **vos** ».

Perte d'emploi involontaire et **involontairement sans emploi** signifient la cessation ou la suspension de *votre emploi* qui se produit pour un des motifs suivants :

- mise à pied, c'est-à-dire une suspension

temporaire ou permanente de *votre emploi* décidée par *votre employeur*;

- grève, lock-out ou conflit de travail; **ou**
- cessation de *votre emploi*, c'est-à-dire la cessation définitive de *votre emploi* décidée par *votre employeur*.

Programme de versements signifie le programme de versements de la Banque Amex du Canada.

Solde impayé signifie la totalité du montant dû à *votre compte* à la *date du relevé* correspondant au nouveau solde plus tout nouveau solde de versement dû en raison de *votre* participation au *programme de versements* tel qu'indiqué dans *votre relevé*.

Titulaire de carte désigne la personne au nom de laquelle un *compte-carte* de crédit American Express est établi.

Description du produit offert

a) Nature de la garantie

Ce produit d'assurance peut protéger le solde de *votre compte* pendant que *vous* êtes assuré.

En cas de **décès**, de **mutilation**, de décès accidentel, de **maladie grave** ou d'**hospitalisation**, nous verserons une prestation correspondant au *paiement forfaitaire* à *votre compte-carte* de crédit jusqu'à concurrence de 20 000 \$.

En cas de **perte d'emploi involontaire**, de **perte de revenu d'un travail indépendant** ou d'**invalidité totale**, nous verserons la prestation mensuelle au *compte*.

b) Résumé des conditions particulières

Conditions d'admissibilité

Cette couverture d'assurance-crédit collective se limite aux *titulaires de carte* qui :

- sont âgés d'au moins 18 ans et de moins de 70 ans au moment de leur inscription; et
- sont endettés envers le *créancier* aux termes d'un *compte*.

Vous n'avez à répondre à aucune question relative à la santé ni subir aucun examen médical pour établir *votre* admissibilité à la couverture au moment de *votre* inscription. Toutefois, les prestations pourraient être limitées selon qu'il existe ou non une *condition préexistante* (voir la section concernant les exclusions de la *maladie grave*).

Cette assurance fournit aussi des prestations à *votre conjoint* tel que cela est expliqué dans la section « Montant de la protection et modalités de paiement » ci-dessous. Aucune prime supplémentaire n'est facturée pour la couverture de *votre conjoint*.

Montant de la protection et modalités de paiement

Si *vous* êtes titulaire de plus d'un *compte*, l'assurance totale offerte pour tous vos *comptes* ne peut pas dépasser le montant de 20 000 \$. *Nous* ne couvrons aucune transaction de carte de crédit portée au *compte* après la *date du sinistre*. Remarque : Si le solde de *votre compte* à la *date du sinistre* s'établit à zéro, il n'y aura aucun paiement de prestation.

Seulement une prestation est payée à la fois. Dans le cas où *votre sinistre* pouvait être admissible à plus d'une couverture, ou dans le cas où *vous* et *votre conjoint* subissiez simultanément un sinistre couvert en vertu du certificat d'assurance, la prestation serait limitée à la prestation la plus élevée.

(i) Couverture en cas de décès, de mutilation, de décès accidentel et de maladie grave

Pour être admissible à la prestation en cas de **décès**, *vous* ou *votre conjoint* devez :

- être âgé de moins de 80 ans; **et**
- décéder pendant que l'assurance est en vigueur.

Pour être admissible à la prestation en cas de **mutilation**, *vous* ou *votre conjoint* devez subir une *mutilation* pendant que l'assurance est en vigueur.

Pour être admissible à la prestation en cas de **décès accidentel**, *vous* ou *votre conjoint* devez :

- être âgé de 80 ans ou plus; **et**
- décéder des suites d'un accident pendant que l'assurance est en vigueur.

Pour être admissible à la prestation en cas de **maladie grave**, *vous* ou *votre conjoint* devez :

- être âgé de moins de 70 ans;
- recevoir un diagnostic initial de l'une des maladies ou affections suivantes pendant que l'assurance est en vigueur: crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, cancer ou coronaropathie (ne concerne que le pontage coronarien); **et**
- survivre au moins 30 jours après le diagnostic initial.

Pour les couvertures en cas de **décès**, de **mutilation**, de **décès accidentel** et de **maladie grave**, *nous* verserons une prestation correspondant au *paiement forfaitaire* à *votre compte*, jusqu'à concurrence du *montant maximal d'assurance*.

Lorsqu'une prestation de **décès**, de **mutilation**, de **décès accidentel** ou de **maladie grave** a été versée, le certificat d'assurance et toutes les couvertures d'assurance prennent fin.

(ii) Couverture en cas de perte d'emploi involontaire, de perte de revenu d'emploi d'un travail indépendant, d'invalidité requérant une hospitalisation et d'invalidité totale avec une protection lors des événements heureux de la vie

Couverture en cas de perte d'emploi involontaire

Pour être admissible aux prestations en cas de **perte d'emploi involontaire**, *vous* devez :

- perdre involontairement *votre emploi* pendant que l'assurance est en vigueur;
- demeurer sans emploi pendant plus de 30 jours de suite; **et**
- avoir exercé les fonctions habituelles de

votre emploi :

- contre salaire ou gains à raison d'au moins 25 heures par semaine auprès d'un seul *employeur*; **et**
- pendant au moins 3 mois de suite précédant immédiatement la *date du sinistre*.

Pour chaque mois de chômage involontaire, *nous* effectuerons un *paiement mensuel*, jusqu'à ce que le versement des prestations prenne fin tel qu'indiqué ci-dessous. Le versement de la prestation initiale sera effectué après une période de 30 jours de chômage involontaire et sera effectué rétroactivement à la *date du sinistre*.

Le montant du *paiement mensuel* restera le même durant la période d'indemnisation entière à moins que *vous nous* fournissiez des renseignements supplémentaires qui nécessiteraient un redressement.

Paiement forfaitaire

Si *vous* demeurez involontairement sans emploi pendant une période ininterrompue de 90 jours de suite, *nous* verserons le *paiement forfaitaire* moins tout *paiement mensuel* déjà effectué, sous réserve du *montant maximal d'assurance* indiqué dans le Sommaire.

Les *paiements mensuels* se poursuivront tous les 30 jours tant que *vous nous* soumettez une preuve satisfaisante de *votre* chômage involontaire continu.

Le versement des *paiements mensuels* prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- *vous* retournez au travail;
- *nous* avons réglé le *paiement forfaitaire*; **ou**
- le *montant maximal d'assurance* a été payé.

Il se pourrait que le dernier paiement de prestation soit calculé au prorata selon le nombre réel de jours pendant lesquels *vous étiez involontairement sans emploi*.

Vous serez de nouveau admissible à des prestations en cas de **perte d'emploi involontaire** si *vous* retournez à un *emploi rémunérateur* auprès d'un seul *employeur*

pendant au moins 3 mois de suite.

Couverture en cas de perte de revenu d'emploi d'un travail indépendant

Pour être admissible aux prestations en cas de **perte de revenu d'emploi d'un travail indépendant**, *vous* devez :

- connaître une période sans emploi à la suite de la fermeture de *votre* entreprise en raison de difficultés financières pendant que l'assurance est en vigueur;
- être sans emploi pendant plus de 90 jours de suite; **et**
- avoir exercé un travail indépendant à raison de 25 heures ou plus par semaine :
 - dans une entreprise exploitée activement qui a été enregistrée ou constituée en personne morale; **et**
 - pendant une période d'au moins 36 mois de suite précédant immédiatement la *date du sinistre*.

Nous verserons une prestation correspondant au *paiement forfaitaire*.

Vous serez de nouveau admissible à des prestations en cas de **perte de revenu d'un travail indépendant** lorsque *vous* retournez à un travail indépendant rémunérateur :

- à raison d'au moins 25 heures par semaine; **et**
- pendant une période d'au moins 36 mois de suite dans une entreprise exploitée activement qui a été enregistrée ou constituée en personne morale.

Couverture en cas d'invalidité requérant une hospitalisation

Pour être admissible à la prestation en cas d'**invalidité requérant une hospitalisation**, *vous* devez :

- être *hospitalisé* en raison d'une blessure corporelle accidentelle ou d'une maladie pendant que l'assurance est en vigueur; **et**
- demeurer *hospitalisé* pendant plus de 24 heures.

Nous verserons une prestation correspondant au *paiement forfaitaire*.

La somme de toutes les prestations payées en vertu de la couverture pour invalidité requérant une hospitalisation ne peut pas dépasser le *montant maximal d'assurance* indiqué dans le Sommaire.

Vous serez de nouveau admissible à une prestation d'**invalidité requérant une hospitalisation** si *votre hospitalisation* n'est pas considérée comme étant la prolongation d'une *hospitalisation* antérieure. *Votre hospitalisation* sera considérée comme la prolongation d'une *hospitalisation* antérieure :

- s'il y a moins de 30 jours entre les 2 périodes; **et**
- si les 2 périodes sont les résultats de la même blessure corporelle ou de la même maladie.

Couverture en cas d'invalidité totale avec une protection lors des événements heureux de la vie

Pour être admissible aux prestations en cas d'**invalidité totale**, *vous* ou *votre conjoint* devez :

- être atteint d'une *invalidité totale* par suite d'une blessure corporelle accidentelle ou une maladie pendant que l'assurance est en vigueur;
- rester *totalement invalide* pendant plus de 30 jours de suite;
- être suivi régulièrement par un médecin ou chirurgien habilités (autre que vous-même); **et**
- être *employé* immédiatement avant la *date du sinistre*.

Pour être admissible à la prestation en cas d'**événement heureux de la vie**, *vous* devez connaître un *événement heureux de la vie* qui est admissible à la couverture pendant que l'assurance est en vigueur.

Pour chaque mois d'*invalidité totale*, nous effectuerons un *paiement mensuel*, jusqu'à ce que le versement des prestations prenne fin tel qu'indiqué ci-dessous. Le paiement de la prestation initiale sera effectué après la période de 30 jours d'*invalidité totale* et sera effectué rétroactivement à la *date du sinistre*.

Pour chaque *événement heureux de la vie*, nous effectuerons un paiement correspondant à un montant égal à 2 *paiements mensuels*. Nos paiements de prestation se limiteront à 2 *événements heureux de la vie* sur une période de 12 mois quelconque.

Le montant du *paiement mensuel* restera le même durant la période d'indemnisation entière à moins que *vous nous* fournissiez des renseignements supplémentaires qui nécessiteraient un redressement.

Paiement forfaitaire

Si *vous* ou *votre conjoint* demeurez *totalelement invalide* pendant une période ininterrompue de 90 jours de suite, ou à *notre* discrétion à n'importe quel moment, *nous* verserons le *paiement forfaitaire*, moins tout paiement mensuel déjà effectué, sous réserve du *montant maximal d'assurance* indiqué dans le Sommaire.

Les *paiements mensuels* se poursuivront tous les 30 jours tant que *vous* ou *votre conjoint* nous soumettez une preuve satisfaisante de *votre invalidité totale* continue. Le versement des *paiements mensuels* prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- *vous* ou *votre conjoint* n'êtes plus *totalelement invalide*;
- *nous* avons réglé le *paiement forfaitaire*; **ou**
- le *montant maximal d'assurance* a été versé.

Il se pourrait que le dernier paiement de prestation soit calculé au prorata selon le nombre réel de jours pendant lesquels *vous* étiez *totalelement invalide*.

Vous ou *votre conjoint* serez de nouveau admissible à des prestations d'**invalidité totale** si *vous* ou *votre conjoint* avez été *employé* pendant une période d'au moins 30 jours de suite.

Bénéficiaire de l'assurance

Nous verserons tous les paiements de prestation directement au *créancier*, la Banque Amex du Canada, qui les portera ensuite au crédit de *votre compte* pour réduire ou régler

le solde de *vosre compte*. Tout paiement de prestation sera versé en dollars canadiens.

Vous êtes responsable du solde de *vosre compte* en tout temps, que *vous* receviez des paiements de prestation ou non. De plus, le certificat d'assurance ne modifie aucunement la convention de *titulaire de carte* de crédit de la Banque Amex du Canada.

Pendant que *vous* recevez des paiements de prestation, des intérêts continueront d'être facturés pour le montant impayé de *vosre compte*. Les primes continueront d'être imputées à *vosre compte* à moins que *vosre* couverture d'assurance soit résiliée. Il se pourrait que *vous* ayez à effectuer des paiements sur *vosre compte* pour couvrir ces frais et réduire le montant des intérêts portés à *vosre compte*.

Prime

La prime mensuelle de *vosre* assurance est calculée lorsque *vosre* relevé de compte mensuel est émis. La prime mensuelle de *vosre* assurance est basée sur le solde impayé du mois courant et est calculée en appliquant le taux de la prime mensuelle applicable par tranche de 100 \$, indiquée dans le Sommaire en haut de la première page du certificat d'assurance, au solde impayé du mois courant de *vosre compte*, jusqu'à concurrence de 20 000 \$, plus les taxes applicables.

Les primes et toutes les taxes applicables seront :

- calculées lorsque le solde impayé de *vosre compte* est supérieur à zéro;
- portées automatiquement à *vosre compte* à la *date du relevé* de carte de crédit; **et**
- exigibles avec le paiement de *vosre compte*.

Le taux de *vosre* prime mensuelle est basé sur le niveau de couverture d'assurance applicable auquel *vous* êtes admissible à un âge particulier. Le taux de *vosre* prime mensuelle sera réduit à la date du prochain relevé de compte suivant *vosre* 70^e anniversaire de naissance.

Si le taux de *votre* prime mensuelle augmente, *nous vous* enverrons un avis écrit au moins 30 jours au préalable.

Période d'attente

Il n'y a aucun délai d'attente pour le paiement de la prestation en cas de **décès**, de **maladie grave** ou de **mutilation** .

Il y a un délai d'attente de **30 jours** pour les couvertures en cas de **perte d'emploi involontaire** et d'**invalidité totale**. Cela signifie que la prestation initiale sera versée 30 jours après la *date du sinistre* et sera payée rétroactivement à la *date du sinistre*.

Il y a un délai d'attente de **90 jours** pour la couverture en cas de **perte de revenu d'un travail indépendant**. Cela signifie que la prestation initiale sera versée 90 jours après la *date du sinistre* et sera payable à partir de la *date du sinistre*.

Il y a un délai d'attente de **24 heures** pour la couverture en cas d'**invalidité requérant une hospitalisation**. Cela signifie que la prestation ne sera versée que si *l'hospitalisation* dure plus de **24 heures**.

Date d'entrée en vigueur

La *date d'entrée en vigueur* de l'assurance sera indiquée dans la *lettre de bienvenue* qui accompagne le certificat d'assurance.

Confirmation de l'assurance

Le certificat d'assurance constitue la preuve de toute assurance offerte en vertu des contrats-cadres collectifs à la condition que les primes soient payées. *Vous recevrez* un certificat d'assurance dans les **30 jours** de *votre* adhésion à l'assurance.

Renouvellement

Vous n'avez pas à renouveler la présente assurance. Elle reste en vigueur jusqu'à la date indiquée dans la section « Fin de la protection d'assurance » à la page 17 de ce guide de distribution.

c) Exclusions, limitations ou réductions de garantie

MISE EN GARDE

- A) ***Nous ne verserons aucune prestation si la *maladie grave* est le résultat :***
- d'une *condition préexistante*;
 - d'un cancer in situ non invasif, du sarcome de Kaposi, d'une tumeur non invasive localisée indiquant un début de changement malin, d'un carcinome papillaire de la vessie, du stade 1 de la maladie de Hodgkin ou de toute forme de cancer de la peau autre qu'un mélanome malin;
 - d'un cancer de la prostate phase A; ou
 - d'une ischémie transitoire.
- B) ***Nous ne verserons aucune prestation si la *perte d'emploi involontaire* est le résultat de la perte :***
- d'un travail indépendant;
 - d'un emploi saisonnier; ou
 - d'un emploi temporaire, contractuel ou à temps partiel (à raison d'au moins 25 heures par semaine).
- C) ***Nous ne verserons aucune prestation si la perte de revenu d'un travail indépendant est le résultat de ce qui suit :***
- renonciation volontaire au salaire, aux gains ou au revenu;
 - fermeture de l'entreprise en raison d'une inconduite délibérée ou d'une inconduite criminelle; ou
 - fermeture de l'entreprise, pour quelque raison que ce soit, au cours des 12 premiers mois suivant la *date d'entrée en vigueur* de votre couverture.
- D) ***Nous ne verserons aucune prestation d'invalidité requérant une hospitalisation si l'*hospitalisation* se fait :***
- dans un établissement de convalescence, de repos ou de soins infirmiers spécialisés, ou dans un établissement qui traite exclusivement les personnes atteintes de maladies mentales, les personnes âgées, les toxicomanes, ou les alcooliques;

- dans un hôpital à l'extérieur du Canada ou des États-Unis; ou

si l'*hospitalisation* est le résultat :

- d'une blessure auto-infligée intentionnelle;
- d'une grossesse (autre que ses complications physiques);
- de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel; ou
- de tout traitement esthétique ou de beauté ou les complications s'y rapportant, à moins que ce traitement soit directement attribué à une maladie physique ou à une blessure ou maladie.

Si vous avez fait une déclaration erronée de votre âge et que votre âge réel vous aurait rendu inadmissible à l'assurance, aucune réclamation ne sera payée et les primes payées pendant la période d'inadmissibilité seront remboursées en totalité.

d) Fin de la protection d'assurance

Toute couverture d'assurance à votre compte prendra fin pour vous et votre conjoint automatiquement à la première des éventualités suivantes :

- un ou plusieurs contrats-cadres collectifs sont résiliés;
- la première *date du relevé* après que nous aurons reçu votre demande de mettre fin à cette couverture d'assurance;
- la date de révocation de vos privilèges de crédit sur votre compte;
- la date de résiliation de votre compte;
- la date de décès du *participant*; ou
- la date à laquelle une prestation en cas de décès, de mutilation, de décès accidentel ou de maladie grave est payée aux termes du certificat d'assurance.

Veillez noter que votre couverture d'assurance se poursuivra après le versement des prestations dans le cadre d'une demande de règlement pour perte d'emploi involontaire, perte de revenu d'un travail indépendant, invalidité requérant une hospitalisation ou pour invalidité totale avec une protection lors des événements heureux de la vie, et les primes

continueront d'être imputées à *vosre compte* à moins que *vosre* couverture d'assurance prenne fin.

Dans le cas où *vous* payez des primes excédentaires, *nous* effectuerons promptement un remboursement à *vosre compte*. Aucun remboursement ne sera effectué si le montant est inférieur à 1 \$.

Aucune prestation ne sera payée en vertu du certificat d'assurance pour un sinistre survenu après la fin de la couverture d'assurance, sauf indication ou convention contraires.

Les couvertures suivantes seront résiliées pour *vous* et *vosre conjoint* à la première *date du relevé* suivant *vosre* 70^e anniversaire de naissance :

- maladie grave;
- perte d'emploi involontaire;
- perte de revenu d'un travail indépendant;
- invalidité requérant une hospitalisation; **et**
- invalidité totale avec une protection lors des événements heureux de la vie.

La couverture en cas de décès sera convertie en une couverture en cas de décès accidentel pour *vous* et *vosre conjoint* à la première *date du relevé* suivant *vosre* 80^e anniversaire de naissance alors que la couverture en cas de mutilation se poursuivra.

e) Résolution

Annulation dans les 30 premiers jours

La *Loi sur la distribution de produits et services financiers* *vous* permet de mettre fin à *vosre* contrat d'assurance, **sans pénalité**, dans les 10 jours de sa signature. Dans le cadre de ce programme, *vous* avez le droit de mettre fin à *vosre* contrat d'assurance dans les **30 jours** de la réception de *vosre* certificat d'assurance. Pour ce faire, *vous* devez *nous* transmettre un avis de résiliation par **courrier recommandé**, à l'adresse indiquée ci-dessous. *Vous* pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint. *Vous* pouvez aussi annuler l'assurance en *nous* téléphonant au numéro sans frais 1 800 708-0807.

Cette annulation prend effet aussitôt que *nous* recevons *votre* avis de résiliation.

Toute prime prélevée sera intégralement remboursée et portée au crédit de *votre compte*.

Annulation après les 30 premiers jours

Vous avez aussi le droit de mettre fin à l'assurance en tout temps, même si plus de **30 jours** se sont écoulés. Pour ce faire, *vous* devez *nous* transmettre un avis de résiliation par **courrier recommandé**, à l'adresse indiquée ci-dessous. *Vous* pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint. *Vous* pouvez aussi annuler l'assurance en *nous* téléphonant au numéro sans frais 1 800 708-0807.

Si une prime a été payée en trop, elle sera remboursée à *votre compte*.

Veuillez *nous* faire parvenir *votre* avis d'annulation à l'adresse suivante ou composer le numéro suivant :

American Bankers Compagnie d'Assurance Vie
de la Floride/ American Bankers Compagnie
d'Assurance Générale de la Floride
C. P. 7200
Kingston (Ontario) K7L 5V5
Téléphone : 1 800 708-0807

f) Autres renseignements

Pour avoir des précisions sur le produit offert, *vous* pouvez communiquer avec *nous* ou avec le distributeur. Leurs coordonnées se trouvent à la première page de ce guide.

Vous pouvez communiquer avec l'*assureur* afin d'obtenir une copie du ou des contrats-cadres collectifs à l'adresse suivante :

American Bankers Compagnie d'Assurance
Générale de la Floride / American Bankers
Compagnie d'Assurance Vie de la Floride
Siège social canadien
5000, rue Yonge, Bureau 2000
Toronto (Ontario) M2N 7E9

Demande d'indemnité ou de réclamation

a) Présentation de la réclamation

Dans le cas d'un sinistre couvert, *vous* ou *votre* succession pouvez *nous* présenter une demande de règlement. Pour ce faire, *vous* ou *votre* succession devez communiquer avec *nous* pour obtenir le formulaire de demande de règlement nécessaire. *Vous* ou *votre* succession pouvez *nous* joindre en composant le numéro sans frais 1 800 708-0807.

Le formulaire de demande de règlement et les documents exigés doivent être remplis tel qu'il est demandé et doivent *nous* être envoyés. La demande de règlement doit être présentée dans les **90 jours** suivant la *date du sinistre* sauf lorsqu'il s'agit d'une demande de règlement en cas de décès que *vous* devez *nous* faire parvenir dès que cela est raisonnablement possible. L'omission de déclarer le sinistre dans le délai prévu peut invalider toute demande d'indemnité aux termes du certificat d'assurance. Un retard peut avoir une incidence sur *notre* capacité de déterminer la validité de la demande de règlement. *Votre* assurance doit avoir été en vigueur au moment du sinistre et tous les frais d'assurance réguliers doivent avoir été acquittés à la *date du sinistre*.

Selon le cas, *nous* pouvons *vous* demander, à *vous* ou à *votre* succession, de *nous* fournir des renseignements supplémentaires afin de procéder au traitement de la demande de règlement.

b) Réponse de l'assureur

Si *nous* acceptons la réclamation, les prestations seront versées dans les **30 jours** suivant la réception de la preuve exigée.

Si *nous* n'acceptons pas la réclamation, ou payons seulement une partie des prestations, *vous* recevrez une lettre *vous* expliquant *notre* décision. *Nous* *vous* enverrons cette lettre dans les **30 jours** suivant la réception des documents demandés pour le traitement de la réclamation.

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

Vous pouvez contester *notre* réponse en communiquant avec *nous* à l'adresse indiquée à la première page de ce guide de distribution.

Les poursuites judiciaires contre *nous* ne peuvent être intentées que dans les **3 ans** qui suivent *notre* réponse.

Vous pouvez également communiquer avec l'Autorité des marchés financiers ou avec *votre* propre conseiller juridique. L'adresse de l'Autorité des marchés financiers est mentionnée ci-après dans la section « Référence à l'Autorité des marchés financiers ».

Produits similaires

Présentement, des concurrents offrent des produits d'assurance similaires à ceux décrits dans ce guide de distribution.

Vérifiez que *vous* ne possédiez pas déjà une telle assurance.

Référence à l'Autorité des marchés financiers

Pour toute information supplémentaire à propos de *nos* obligations envers *vous* et de celles du distributeur, *vous* pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers aux coordonnées suivantes :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, tour Cominar
2640, boul. Laurier, 4^e étage
Québec (Québec) G1V 5C1

Québec : 418-525-0337
Montréal : 514-395-0337
Sans frais : 1-877-525-0337
Télécopieur : 418-525-9512
Site Web : www.lautorite.qc.ca

Annexe 1
(Article 2)
AVIS DE RÉOLUTION 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**. Pour sa part, l'assureur vous offre **30 jours de la réception du certificat d'assurance** pour mettre fin à cette assurance. Pour ce faire, vous devez envoyer un avis par **courrier recommandé** dans ce délai à l'adresse de l'assureur ci-dessous. 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 l'annulation de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.
- Après l'expiration du délai de 30 jours, vous avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

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

fold line

AVIS DE RÉOLUTION DE L'ASSURANCE

À : American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride/
American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride

C.P. 7200
Kingston (Ontario), K7L 5V5

Date: _____
(date d'envoi de l'avis) _____
numéro de compte American Express

En vertu de l'article 441 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, j'annule le certificat d'assurance émis en vertu des contrats-cadres collectifs nos : 0708APU et 0708APUL.

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

(nom du client)

(signature du client)

Le distributeur doit remplir cette section au préalable.
Cet avis doit être transmis par courrier recommandé.

Au verso de cet avis doivent apparaître les articles suivants de la loi : art. 439, 440, 441, 442 et 443.