



## GUIDE DE DISTRIBUTION

**Nom du produit d'assurance :** Protection de soldes Plus pour carte de crédit TD

**Type de produit d'assurance :** Assurance crédit collective facultative offrant une protection en cas de décès, de décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans, de maladie grave, de mutilation, de chômage involontaire, d'invalidité totale, d'invalidité requérant hospitalisation et de perte de revenu d'un travail indépendant

### Coordonnées de l'assureur :

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 : 1-866-315-9069  
Télécopieur : 1-800-645-9405

TD, Compagnie d'assurance-vie  
le service à la clientèle administré par 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 : 1-866-315-9069  
Télécopieur : 1-800-645-9405

### Coordonnées du distributeur :

La Banque Toronto-Dominion  
C. P. 1  
Centre TD  
Toronto (Ontario) M5K 1A2

### 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 .....	4
Définitions .....	4
Description du produit offert	
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 .....	14
• Prime .....	14
• Période d'attente .....	14
• 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
Preuve de sinistre ou réclamation	
a) Présentation de la réclamation .....	19
b) Réponse de l'assureur .....	20
c) Appel de la décision de l'assureur et recours .....	20
Produits similaires .....	20
Référence à l'Autorité des marchés financiers .....	20
Avis de résolution d'un contrat d'assurance .....	23

## **Introduction**

Ce guide de distribution a pour but de décrire la Protection de soldes Plus pour carte de crédit TD, une assurance-crédit collective offerte pour les cartes de crédit TD, 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 19 les étapes nécessaires à **la présentation d'une réclamation**.

## **Définitions**

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

### **ASSUREUR :**

- pour l'assurance mutilation, désigne TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie ») au titre du contrat collectif de base no 14263D;
- pour les assurances vie, maladie grave et décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans, désigne American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (« ABLAC ») au titre du contrat collectif de base no 0507LBPP; et
- pour les assurances chômage involontaire, invalidité totale, invalidité requérant hospitalisation et perte de revenu d'un travail indépendant, désigne American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (« ABIC ») au titre du contrat collectif de base no 0507BPP; selon le cas.

ABLAC agit à titre d'administrateur pour TD Vie. ABLAC, ABIC et leurs sociétés affiliées exercent des activités commerciales au Canada sous la dénomination sociale Assurant Solutions.

**COMPTE** désigne *votre* carte de crédit TD, relativement à laquelle la *Protection de soldes Plus* a été offerte et acceptée.

**CONJOINT** désigne la personne qui est légalement mariée avec *vous* ou qui a vécu avec *vous* depuis au moins un an et qui est connue publiquement comme étant *votre conjoint*.

**DATE DE SINISTRE** signifie :

- la date du décès;
- la date du *diagnostic*;
- la date de la *mutilation*;
- le premier jour d'*invalidité totale*;
- le premier jour d'*hospitalisation*;
- le premier jour de *votre* chômage involontaire; ou
- la date de fermeture forcée de *votre* entreprise en raison de difficultés financières.

**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR** signifie la date à laquelle *vous* avez adhéré à la protection de La Banque Toronto-Dominion (« La Banque TD ») telle qu'elle est indiquée dans le sommaire sous le titre Date d'entrée en vigueur à la première page du certificat d'assurance.

**DATE DU RELEVÉ** signifie la date inscrite sur *votre* relevé de compte et identifiée comme étant la date du relevé.

**DÉCÈS ACCIDENTEL** signifie un décès causé directement par un accident et indépendamment de toute autre cause.

**DIAGNOSTIC** désigne le diagnostic d'une *maladie grave* par un *médecin*, appuyé par la documentation nécessaire.

**EMPLOYÉ ACTIF** désigne une personne qui travaille un minimum de 25 heures par semaine et touche une rémunération.

**HOSPITALISÉ** ou **HOSPITALISATION** signifie le séjour sous la surveillance d'un *médecin* autorisé, dans un hôpital agréé et légalement constitué en Amérique du Nord, où des soins infirmiers sont fournis 24 heures sur 24 par des infirmiers autorisés, qui compte des installations organisées pour établir des diagnostics et effectuer des opérations chirurgicales majeures, qui fournit essentiellement des soins et des traitements à des malades et à des blessés, et qui exploite de l'équipement radiologique et des salles d'opération.

**MALADIE GRAVE** s'entend d'une *crise cardiaque aiguë*, d'un *cancer (qui constitue un danger pour la vie)* ou d'un *accident cérébrovasculaire*, conformément aux définitions suivantes :

**Crise cardiaque aiguë désigne** la nécrose d'une partie du muscle cardiaque à la suite d'une insuffisance de l'apport sanguin, dont le diagnostic repose sur l'ensemble des résultats d'examens suivants :

- l'augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou des enzymes dans le sang, résultant de la détérioration du muscle cardiaque, à des niveaux appuyant le diagnostic de l'infarctus du myocarde aigu.

**Crise cardiaque aiguë ne s'entend pas de ce qui suit :**

- la découverte fortuite de variations électrocardiographiques dénotant un infarctus du myocarde antérieur sans événement corroborant cet infarctus;
- l'augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou élévation des enzymes cardiaques découlant d'une angioplastie coronarienne (technique médicale consistant à dilater à l'aide d'un ballonnet une artère coronaire rétrécie), à moins qu'il n'y ait de nouveaux sus-décalages du segment ST sur le tracé de l'ECG appuyant le diagnostic de l'infarctus du myocarde aigu; ou
- l'augmentation des biomarqueurs cardiaques et/ou des enzymes dans le sang causée par une péricardite ou une myocardite.

**Cancer (qui constitue un danger pour la vie)** désigne une tumeur qui constitue un danger pour la vie et qui est caractérisée par la croissance et la propagation non contrôlées de cellules malignes.

**Cancer (qui constitue un danger pour la vie) ne s'entend pas de ce qui suit :**

- carcinome in situ;
- mélanome malin d'une profondeur de 0,75 mm ou moins;
- cancer de la peau qui n'atteint pas la couche la plus profonde de la peau;
- sarcome de Kaposi;
- cancer de la prostate de stade A (T1A ou T1B); ou
- tout *diagnostic* établi dans les 90 jours de la *date d'entrée en vigueur* de la couverture ou tout *diagnostic* effectué avant ou après la fin de la période de 90 jours et découlant d'un symptôme qui s'est manifesté, d'une consultation qui *vous* a été donnée par un *médecin* ou d'un traitement, de soins ou de services médicaux, y compris des médicaments prescrits, qui *vous* ont été administrés dans les 90 jours de la *date d'entrée en vigueur* de la couverture.

**Accident cérébrovasculaire** désigne un épisode cérébrovasculaire produisant des séquelles neurologiques pendant plus de 30 jours de suite, causés par une thrombose, une hémorragie ou une embolie de source extracérébrale, et relativement auquel la perte de fonctions neurologiques doit être prouvée objectivement et mesurée.

**Accident cérébrovasculaire ne s'entend pas** d'un accident ischémique transitoire.

**MÉDECIN** désigne un médecin autorisé à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis, qui n'est pas un membre de *votre* famille immédiate.

**MONTANT ENGAGÉ** signifie le montant impayé de *votre compte*.

**MONTANT D'ASSURANCE MAXIMUM** : 25 000 \$.

**MUTILATION** signifie que *vous* ou *votre conjoint* avez subi l'une des pertes indiquées dans le *Tableau des pertes* ci-dessous qui découle directement d'une blessure corporelle ou maladie. Selon l'attestation d'un *médecin*, la perte ne peut être corrigée ni par une chirurgie ni par tout autre moyen.

*Tableau des pertes*

- Perte des deux bras
- Perte d'un bras et d'une jambe
- Perte d'un bras et de la vue d'un œil
- Perte des deux jambes
- Perte de la vue des deux yeux
- Perte d'une jambe et de la vue d'un œil
- Perte de l'usage des deux jambes ou de tous les membres attribuable à une paraplégie ou une quadriplégie
- Perte de l'usage d'un bras et d'une jambe du même côté du corps attribuable à une hémiplégié

Les définitions sont énoncées ci-après :

- La perte d'un bras signifie une amputation au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet.
- La perte d'une jambe signifie une amputation au niveau ou au-dessus de l'articulation de la cheville.
- La paraplégie ou la quadriplégie signifie une lésion accidentelle de la moelle épinière provoquant une paraplégie ou une quadriplégie complète et irrévocable.
- L'hémiplégié signifie une paralysie complète et irrévocable d'un côté du corps.
- La perte de la vue signifie la perte totale et irrévocable de la vue.

**PAIEMENT MINIMUM** est défini dans *votre* convention de titulaire de carte de crédit de La Banque Toronto-Dominion (« La Banque TD »).

**PROTECTION DE SOLDES PLUS** signifie la Protection de soldes Plus pour carte de crédit TD.

**RÉSIDENT CANADIEN** désigne toute personne qui a vécu au Canada pendant 183 jours au total au cours de l'année écoulée ou qui est membre des Forces canadiennes.

**SANS EMPLOI/CHÔMAGE** signifie le fait de ne pas travailler contre rémunération.

**TITULAIRE DE CARTE PRINCIPAL** désigne la personne qui a fait la demande de compte TD et au nom de laquelle le *compte* TD a été émis. Le *titulaire de carte principal* peut également être désigné par « *vous* », « *votre* » ou « *vos* ».

**TOTALEMENT INVALIDE** ou **INVALIDITÉ TOTALE** signifie que *vous* ou *votre conjoint* êtes incapable d'accomplir les tâches régulières de *votre* poste au moment de l'invalidité.

**VOUS, VOTRE** et **VOS** désignent, selon le cas, l'*assureur* d'une couverture particulière, pris individuellement, ou les *assureurs*, pris collectivement.

### **Description du produit offert**

#### **a) Nature de la garantie**

Ce produit d'assurance protège le *montant engagé à votre compte*.

En cas de **décès**, de **décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans**, de **maladie grave** ou de **mutilation**, nous paierons le *montant engagé à votre compte* jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

En cas de **chômage involontaire**, d'**invalidité totale** ou de **perte de revenu d'un travail indépendant**, nous paierons l'indemnité mensuelle à *votre compte*.

En cas d'**invalidité requérant hospitalisation** de 24 heures, nous paierons une indemnité mensuelle à *votre compte*. Si *votre hospitalisation* dure plus de 30 jours de suite, nous paierons le *montant engagé à votre compte* jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

#### **b) Résumé des conditions particulières**

##### **Conditions d'admissibilité**

Pour être admissible à la protection accordée par cette assurance à *votre compte*, vous devez remplir les critères suivants à la *date d'entrée en vigueur* :

- être âgé de 18 ans à 65 ans;
- être le *titulaire de carte principal*; **et**
- être un *résident canadien*.

L'assurance *vous* couvre en tant que *titulaire de carte principal* en cas de **décès**, de **décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans**, de **maladie grave**, de **mutilation**, de **chômage involontaire**, d'**invalidité totale**, d'**invalidité requérant hospitalisation** et de **perte de revenu d'un travail indépendant**.

Si *vous* êtes assuré au titre du certificat d'assurance, *votre conjoint* est également couvert en cas de **décès**, de **décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans**, de **mutilation**, d'**invalidité totale**, de **maladie grave** et d'**invalidité requérant hospitalisation**.

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.

À  *votre demande, nous* modifierons le niveau de  *votre* couverture selon que  *vous* choisissez la Protection de soldes – soutien, la Protection de soldes – rétablissement, la Protection de soldes – soins en phase critique ou la Protection de soldes – aide, et  *nous*  *vous* enverrons un certificat d'assurance expliquant les indemnités applicables et le taux de la prime. Veuillez noter que  *votre* couverture variera en fonction du niveau de couverture choisi et que l'assurance **décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans** et l'assurance **invalidité requérant hospitalisation** ne sont pas offertes dans le cadre des protections d'assurance mentionnées. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter  *votre* certificat d'assurance.

### **Montant de la protection et modalités de paiement**

Une indemnité payée en vertu d'une de ces couvertures ne sera pas payée en vertu d'une autre couverture pour un même événement. Si  *vous* ou  *votre conjoint* êtes admissibles de manière concurrente à une indemnité payable pour plus d'un événement assuré en vertu du certificat d'assurance, l'indemnité payée sera limitée à l'indemnité la plus élevée.  *Vous* ou  *votre conjoint* n'aurez droit qu'à une seule indemnité à la fois.

Il y a aussi des exclusions applicables à chaque type de couverture qui sont expliquées plus en détail dans le reste de ce document.

*Nous* ne paierons en aucun cas un montant qui dépasse le moins élevé des montants suivants : le  *montant d'assurance maximum* ou le  *montant engagé* tel que déterminé à la  *date du sinistre*.

#### **(i) Couverture en cas de décès, de décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans, de maladie grave et de mutilation**

Pour avoir droit à l'indemnité en cas de **décès**,  *vous* ou  *votre conjoint* devez :

- être âgé de moins de 66 ans; **et**
- décéder pendant que l'assurance est en vigueur.

Pour avoir droit à l'indemnité en cas de **décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans**,  *vous* ou  *votre conjoint* devez :

- être âgé de 66 ans ou plus; **et**
- décéder à la suite d'un accident pendant que l'assurance est en vigueur.

Pour avoir droit à l'indemnité en cas de **maladie grave**,  *vous* ou  *votre conjoint* devez :

- être âgé de moins de 66 ans; **et**
- recevoir un  *diagnostic* indiquant que  *vous* ou  *votre conjoint* êtes atteint de l'une des maladies ou affections suivantes :  *crise cardiaque aiguë, cancer (mettant la vie en danger)* ou  *accident cérébrovasculaire* pendant que l'assurance est en vigueur.

Pour avoir droit à l'indemnité en cas de **mutilation**,  *vous* ou  *votre conjoint* devez :

- être âgé de moins de 66 ans; **et**
- subir une  *mutilation*.

Pour les protections en cas de **décès**, de **décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans**, de **maladie grave** et de **mutilation**, une indemnité correspondant au  *montant engagé* de  *votre compte* à la  *date du sinistre* sera versée en une somme forfaitaire, jusqu'à concurrence du  *montant d'assurance maximum*.



En aucun cas, l'indemnité totale ne dépassera le montant inscrit sur *vos* relevé de compte en plus des achats non réglés ou des frais engagés avant la *date du sinistre*.

Lorsqu'une indemnité de **décès**, de **décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans** ou de **maladie grave** a été versée, le certificat d'assurance et toutes les couvertures d'assurance prennent fin.

**(ii) Couverture en cas de chômage involontaire, d'invalidité totale, d'invalidité requérant hospitalisation et de perte de revenu d'un travail indépendant**

**Couverture en cas de chômage involontaire**

Pour avoir droit aux indemnités en cas de chômage involontaire, *vous* devez :

- éprouver une période de chômage involontaire y compris le *chômage* temporaire attribuable à des conflits de travail, des grèves ou des lock-outs;
- être un *employé actif* dans un poste non saisonnier auprès du même employeur pendant au moins trois mois de suite immédiatement avant la *date du sinistre*; **et**
- demeurer sans emploi pendant plus de 30 jours de suite.

Nous verserons une indemnité mensuelle initiale correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- le *paiement minimum* exigible à *vos* compte à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*).

Pour chaque période additionnelle de 30 jours de suite où *vous* êtes toujours *sans emploi*, nous verserons une indemnité mensuelle correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- 10 \$.

Tous les paiements subséquents d'indemnités mensuelles resteront les mêmes durant la période d'indemnisation à moins que *vous nous* fournissiez des renseignements supplémentaires qui nécessiteraient un redressement.

Le total de toutes les indemnités de chômage involontaire versées pour une période particulière de *chômage* ne dépassera pas le *montant engagé* à la *date du sinistre*, sous réserve du *montant d'assurance maximum*.

Les paiements des indemnités de chômage involontaire seront maintenus même si l'assurance offerte en vertu du certificat d'assurance est annulée après le début de la période d'indemnisation, et ce, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- *vous* avez repris le travail;
- nous avons réglé le *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- le *montant d'assurance maximum* a été versé.

Si *vous* retournez au travail à raison de 25 heures ou plus par semaine pendant une période de 30 jours consécutifs à la suite d'une période d'indemnisation pour chômage involontaire et que la totalité des indemnités payables n'ont pas été versées, *vous* serez admissible à une indemnité mensuelle correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- 10 \$.

*Vous* serez réadmissible aux indemnités de chômage involontaire à la suite d'une période d'indemnisation pour chômage involontaire si :

- *vous* devenez un *employé actif* dans un poste non saisonnier auprès du même employeur pendant au moins trois mois de suite; **ou**
- *vous* êtes réadmissible aux prestations d'assurance-emploi auprès d'Emploi et Développement social Canada.

### **Couverture en cas d'invalidité totale**

Pour avoir droit aux indemnités d'invalidité totale, *vous* ou *votre conjoint* devez :

- être atteint d'une *invalidité totale* découlant :
  - d'une blessure corporelle accidentelle; **ou**
  - d'une maladie; **et**
- être suivi régulièrement par un *médecin*;
- être un *employé actif* immédiatement avant la *date du sinistre*; **et**
- demeurer *totale*ment invalide pendant plus de 30 jours de suite.

*Nous* verserons une indemnité mensuelle initiale correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- le *paiement minimum* exigible à *votre compte* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*).

Pour chaque période additionnelle de 30 jours de suite de prolongation d'*invalidité totale*, *nous* verserons une indemnité mensuelle correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- 10 \$.

Tous les paiements subséquents d'indemnités mensuelles resteront les mêmes durant la période d'indemnisation à moins que *vous nous* fournissiez des renseignements supplémentaires qui nécessiteraient un redressement.

Le total de toutes les indemnités d'invalidité versées pour une période particulière d'*invalidité totale* ne dépassera pas le *montant engagé* à la *date du sinistre*, sous réserve du *montant d'assurance maximum*.

Les paiements des indemnités d'invalidité totale seront maintenus même si l'assurance offerte en vertu du certificat d'assurance est annulée après le début de la période d'indemnisation, et ce, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- *vous* ou *votre conjoint* n'êtes plus *totalelement invalide*;
- *vous* ou *votre conjoint* devenez un *employé actif*;
- nous avons réglé le *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*);
- le *montant d'assurance maximum* a été versé; **ou**
- *vous* ou *votre conjoint* décédez.

Si la période d'indemnisation prend fin parce que *vous* ou *votre conjoint* n'êtes plus atteint d'*invalidité totale*, mais que celle-ci réapparaît dans les deux semaines suivant la fin de la période, les paiements des indemnités peuvent reprendre sans interruption.

Si *vous* ou *votre conjoint* retournez au travail à raison de 25 heures ou plus par semaine pendant une période de 30 jours consécutifs à la suite d'une période d'indemnisation pour invalidité totale et que la totalité des indemnités payables n'ont pas été versées, *vous* ou *votre conjoint* serez admissible à une indemnité mensuelle correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- 10 \$.

*Vous* ou *votre conjoint* serez réadmissible aux indemnités d'invalidité totale à la suite d'une période d'indemnisation pour invalidité totale si *vous* ou *votre conjoint* devenez un *employé actif* pendant une période de 30 jours de suite.

### **Couverture en cas d'invalidité requérant hospitalisation**

Pour avoir droit aux indemnités d'invalidité requérant hospitalisation, *vous* ou *votre conjoint* devez :

- être *hospitalisé* à cause d'une blessure corporelle accidentelle ou d'une maladie; **et**
- demeurer *hospitalisé* pendant au moins 24 heures ou pendant plus de 30 jours de suite.

Dans le cas où l'*hospitalisation* dure au moins 24 heures, *nous* verserons un montant égal au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du sinistre*; **ou**
- le *paiement minimum* exigible à *votre compte* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*).

Dans le cas où l'*hospitalisation* dure plus de 30 jours de suite, *nous* paierons une indemnité égale à la totalité du *montant engagé* à la *date du sinistre*, moins l'indemnité payée précédemment après la période d'*hospitalisation* initiale de 24 heures.

Le total de toutes les indemnités d'invalidité requérant hospitalisation versées pour une période particulière d'*hospitalisation* ne dépassera pas le *montant engagé* sur *votre compte* à la *date du sinistre*, sous réserve du *montant d'assurance maximum*.

Une fois que la totalité du *montant engagé* à la *date du sinistre* est payée à la suite d'une invalidité requérant hospitalisation de plus de 30 jours, le certificat d'assurance et toutes les assurances prendront fin.

*Vous* ou *votre conjoint* serez de nouveau admissible à une indemnité d'invalidité requérant hospitalisation d'une durée de 24 heures si l'*hospitalisation* n'est pas considérée comme la continuation d'un événement antérieur. Cette période d'*hospitalisation* sera considérée comme la continuation d'une *hospitalisation* antérieure si :

- moins de **30 jours** se sont écoulés entre les deux périodes; **et**
- les deux périodes résultent des mêmes blessures corporelles accidentelles ou de la même maladie.

### **Couverture en cas de perte de revenu d'un travail indépendant**

Pour avoir droit aux indemnités de perte de revenu d'un travail indépendant, *vous* devez :

- éprouver une période de chômage à la suite de la fermeture forcée de *votre* entreprise en raison de difficultés financières;
- avoir exercé un travail indépendant de 25 heures ou plus par semaine dans une entreprise exploitée activement qui a été enregistrée ou constituée en personne morale pendant une période d'au moins 36 mois consécutifs immédiatement avant la *date du sinistre*; **et**
- demeurer sans emploi pendant plus de 90 jours de suite.

*Nous* verserons une indemnité mensuelle initiale correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- le *paiement minimum* exigible à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*).

Pour chaque période additionnelle de 30 jours de suite où *vous* êtes toujours *sans emploi*, nous verserons une indemnité mensuelle correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- 10 \$.

Tous les paiements subséquents d'indemnités mensuelles resteront les mêmes durant la période d'indemnisation à moins que *vous nous* fournissiez des renseignements supplémentaires qui nécessiteraient un redressement.

Le total de toutes les indemnités de perte de revenu d'un travail indépendant versées pour une période particulière de chômage ne dépassera pas le *montant engagé* à la *date du sinistre*, sous réserve du *montant d'assurance maximum*.

Les paiements des indemnités de perte de revenu d'un travail indépendant seront maintenus même si l'assurance offerte en vertu du certificat d'assurance est annulée après le début de la période d'indemnisation, et ce, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- *vous* retournez au travail;
- nous avons réglé le *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- le *montant d'assurance maximum* a été versé.

Si *vous* retournez au travail à raison de 25 heures ou plus par semaine pendant une période de 30 jours consécutifs à la suite d'une période d'indemnisation pour perte de revenu d'un travail indépendant et que la totalité des indemnités payables n'ont pas été versées, *vous* serez admissible à une indemnité mensuelle correspondant au plus élevé des montants suivants :

- 10 % du *montant engagé* à la *date du relevé* coïncidant avec la *date du sinistre* (ou, si cela ne s'applique pas, précédant immédiatement la *date du sinistre*); **ou**
- 10 \$.

*Vous* serez réadmissible aux indemnités de perte de revenu d'un travail indépendant à la suite d'une période d'indemnisation pour perte de revenu d'un travail indépendant lorsque *vous* retournez à un travail indépendant à raison d'au moins 25 heures par semaine, dans une entreprise exploitée activement qui a été enregistrée ou constituée en personne morale pendant une période d'au moins 36 mois de suite.

### **Bénéficiaire de l'assurance**

Dans le cas où une réclamation est acceptée, l'*assureur* versera les indemnités à *votre* créancier, La Banque TD, qui les portera au crédit de *votre compte*.

Des intérêts continueront d'être appliqués sur le montant impayé de *votre compte* et les primes continueront d'être portées à *votre compte* sur une base mensuelle pendant que *vous* recevez des paiements d'indemnité. Comme le montant des indemnités payables par *nous* restera le même après le deuxième paiement d'indemnité mensuelle, il se pourrait que *vous* ayez à effectuer des paiements sur *votre compte* pour couvrir ces frais et réduire le montant des intérêts portés à *votre compte*.

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

### **Prime**

*Votre* prime mensuelle de l'assurance est basée sur le solde quotidien moyen de *votre compte*. La prime mensuelle de l'assurance est calculée en appliquant le taux de la prime mensuelle indiquée dans le sommaire en haut de la première page du certificat d'assurance à *votre* solde quotidien moyen, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

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

Les primes d'assurance seront portées à *votre compte* durant toute la période d'une demande de règlement présentée au titre de ces couvertures. Pendant toute cette période, un remboursement représentant le montant des primes portées à *votre compte* à la *date du relevé* coïncidant avec (ou précédant immédiatement) la *date du sinistre* sera ajouté à chaque versement d'indemnité mensuelle et le montant du remboursement restera le même pendant la période de *votre* demande de règlement. Si *vous* continuez d'utiliser *votre compte* pendant la période de la demande de règlement, *vous* serez responsable du paiement de la prime d'assurance pour tous les nouveaux montants facturés.

### **Période d'attente**

Il n'y a aucun délai d'attente pour le paiement de l'indemnité en cas de **décès**, de **décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans**, de **maladie grave** ou de **mutilation**.

Il y a un délai d'attente de **30 jours** pour les protections en cas de **chômage involontaire** et de **invalidité totale**. Cela signifie que l'indemnité 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 **24 heures** ou de **30 jours** pour la protection en cas de **invalidité requérant hospitalisation**. Cela signifie que l'indemnité ne sera versée que si *votre hospitalisation* ou celle de *votre conjoint* dure au moins **24 heures** ou plus de **30 jours de suite**.

Il y a un délai d'attente de **90 jours** pour la protection en cas de **perte de revenu d'un travail indépendant**. Cela signifie que l'indemnité initiale sera versée 90 jours après la *date du sinistre* et sera payable à partir du 91<sup>e</sup> jour de la fermeture de l'entreprise.

### **Date d'entrée en vigueur**

La *date d'entrée en vigueur* de l'assurance sera indiquée dans le sommaire en haut de la première page du certificat d'assurance.

### **Confirmation de l'assurance**

Le certificat d'assurance constitue la preuve de toute assurance offerte en vertu des contrats collectifs de base 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.

c) **Exclusions, limitations ou réductions de garantie**

**MISE EN GARDE**

- A) **Nous ne verserons pas d'indemnité d'assurance vie si le décès résulte d'une tentative de suicide ou de blessures corporelles auto-infligées intentionnelles dans les six mois de la *date d'entrée en vigueur*, que la personne soit saine d'esprit ou non.**
- B) **Nous ne verserons pas d'indemnité de *maladie grave* si :**
- **la *maladie grave* est diagnostiquée dans les six premiers mois de la *date d'entrée en vigueur* et :**
  - **la *maladie grave* découle d'un état de santé pour lequel *vous* ou *votre conjoint* avez eu des symptômes, consulté un *médecin* ou reçu un traitement, des soins ou des services médicaux, y compris des médicaments prescrits, au cours des six mois qui ont précédé immédiatement la *date d'entrée en vigueur*; ou**
  - **on avait déjà diagnostiqué chez *vous* ou *votre conjoint* le même type de maladie grave (cancer, risque cardiaque ou accident vasculaire cérébral) à quelque moment que ce soit avant la *date d'entrée en vigueur*;**
  - ***vous* ou *votre conjoint* êtes diagnostiqué pour un cancer dans les 90 premiers jours de la *date d'entrée en vigueur* ou un diagnostic de cancer est établi à n'importe quel moment, que ce soit avant ou après la fin de la période de 90 jours, qui découle d'un symptôme qui s'est manifesté, d'une consultation qui *vous* a été donnée par un médecin ou d'un traitement, de soins ou de services médicaux, y compris des médicaments prescrits, qui *vous* ont été administrés dans les 90 premiers jours. Dans ce cas, aucune indemnité ne sera versée relativement à un cancer (*qui constitue un danger pour la vie*).**
- C) **Nous ne verserons pas d'indemnités de chômage involontaire pour :**
- **une retraite volontaire ou obligatoire;**
  - **un travail autonome;**
  - **une démission;**
  - **la perte d'un emploi saisonnier;**
  - **la perte d'un emploi à temps partiel (moins de 25 heures par semaine);**
  - **un congédiement motivé;**
  - **une invalidité;**
  - **un congé de maternité ou parental;**
  - **une période de *chômage* pour quelque raison que ce soit dans les 30 jours suivant la *date d'entrée en vigueur*; ou**
  - **une période de *chômage* qui était prévue au moment où *vous* avez souscrit cette assurance.**
- D) **Nous ne verserons pas d'indemnité d'invalidité requérant hospitalisation si l'*hospitalisation* :**
- **a lieu dans une maison de convalescence, de soins infirmiers ou de repos ou dans une installation de soins infirmiers spécialisés, ou encore, dans des installations s'occupant exclusivement des soins aux personnes âgées et du traitement des maladies mentales, des problèmes de drogue ou d'alcool;**
  - **a lieu dans un hôpital situé à l'extérieur de l'Amérique du Nord;**



**De plus, nous ne verserons pas d'indemnité d'invalidité requérant hospitalisation si l'hospitalisation est le résultat :**

- **d'une blessure corporelle intentionnelle auto-infligée;**
- **d'une grossesse normale;**
- **de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un crime;**
- **d'une chirurgie esthétique non urgente; ou**
- **de tout traitement esthétique, à moins que ce traitement soit directement attribuable à une maladie ou une blessure.**

**E) Nous ne verserons pas d'indemnités de perte de revenu d'un travail indépendant :**

- **en cas de renonciation volontaire au salaire, aux gages ou au revenu;**
- **en cas de fermeture de l'entreprise en raison d'une inconduite délibérée ou d'une inconduite criminelle; ou**
- **en cas de fermeture de l'entreprise, pour quelque raison que ce soit, au cours des 12 premiers mois suivant la date d'entrée en vigueur.**

#### **d) Fin de la protection d'assurance**

Toute couverture d'assurance à *vos* compte prendra fin automatiquement à la première des éventualités suivantes :

- un ou plusieurs contrats collectifs de base sont annulés;
- *vous* décédez;
- *vous* demandez l'annulation de l'assurance par écrit ou par téléphone à Assurant Solutions;
- la date à laquelle *vos* compte est en souffrance depuis plus de 90 jours de suite;
- *vos* compte est annulé par *vous* ou par La Banque TD;
- une indemnité de maladie grave, de décès ou de décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans a été versée; **ou**
- le *montant engagé* sur *vos* compte a été payé en totalité à la suite d'une invalidité requérant hospitalisation pour une période de plus de 30 jours.

Toute couverture à laquelle *vos* conjoint est admissible prend fin à la date à laquelle la couverture d'assurance de *vos* compte prend fin.

Les assurances vie, mutilation, invalidité totale, invalidité requérant hospitalisation, maladie grave, chômage involontaire et perte de revenu d'un travail indépendant prendront fin, pour *vous* et *vos* conjoint, à la première *date du relevé* de compte suivant *vos* 66<sup>e</sup> anniversaire de naissance. L'assurance vie pour *vous* et *vos* conjoint sera remplacée par une assurance décès accidentel à partir de l'âge de 66 ans, quel que soit l'âge de *vos* conjoint.

## e) **Résolution**

### **Annulation dans les 30 premiers jours**

La *Loi sur la distribution de produits et services financiers* vous permet de mettre fin à *votre* 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 *votre* contrat d'assurance dans les **30 jours** suivant l'émission de *votre* certificat d'assurance. Pour ce faire, *vous* devez transmettre un avis de résiliation par **courrier recommandé**, à l'*assureur* à l'adresse indiquée ci-dessous. *Vous* pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint. *Vous* pouvez aussi annuler l'assurance en téléphonant à l'*assureur* au numéro sans frais 1-866-315-9069.

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 depuis l'émission du certificat d'assurance. Pour ce faire, *vous* devez transmettre un avis de résiliation par **courrier recommandé**, à l'*assureur* à l'adresse indiquée ci-dessous. *Vous* pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint. *Vous* pouvez aussi annuler l'assurance en téléphonant à l'*assureur* au numéro sans frais 1-866-315-9069.

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

Veuillez faire parvenir *votre* avis d'annulation à l'*assureur* 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 : 1-866-315-9069  
Télécopieur : 1-800-645-9405

## **f) Autres renseignements**

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

*Vous* pouvez également communiquer avec l'*assureur* en lui écrivant à l'adresse suivante :

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

ou en composant le numéro de téléphone sans frais 1-866-315-9069.

*Vous* pouvez communiquer avec l'*assureur* afin d'obtenir une copie du ou des contrats collectifs de base 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

## **Preuve de sinistre ou réclamation**

### **a) Présentation de la réclamation**

Dans le cas d'un sinistre couvert, *vous* ou *votre* succession pouvez présenter une demande de règlement à l'*assureur*. Pour ce faire, *vous* ou *votre* succession devez communiquer avec l'*assureur* pour obtenir le formulaire de demande de règlement nécessaire. *Vous* ou *votre* succession pouvez joindre l'*assureur* en composant le numéro sans frais 1-866-315-9069.

Le formulaire de demande de règlement et les documents exigés doivent être remplis tel qu'il est demandé et envoyés à l'*assureur*. 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 ou de perte de revenu d'un travail indépendant. Une demande de règlement en cas de perte de revenu d'un travail indépendant doit être présentée après les 90 jours de délai d'attente. Si une demande de règlement est par ailleurs valable, elle sera honorée même si les formulaires ont été envoyés à l'*assureur* après les **90 jours** et qu'il n'était pas raisonnablement possible de le faire plus tôt. *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 indemnités 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 indemnités, *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 la réponse de l'*assureur* en communiquant avec lui à l'adresse indiquée à la première page de ce guide.

Les poursuites judiciaires contre l'*assureur* ne peuvent être intentées que dans les **trois ans** qui suivent sa 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.

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

### **Référence à l'Autorité des marchés financiers**

Pour toute information supplémentaire à propos des obligations que l'*assureur* et le distributeur ont envers *vous*, *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<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 5C1

Québec :                   418-525-0337  
Montréal :                514-395-0337  
Sans frais :               1-877-525-0337

Site Web : [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)

CETTE PAGE EST LAISSÉE EN BLANC INTENTIONNELLEMENT

CETTE PAGE EST LAISSÉE EN BLANC INTENTIONNELLEMENT



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

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

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

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

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

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

Toutefois, un tel contrat 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.

**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.