

GUIDE DE DISTRIBUTION

Assur-paiement^{MC},
protection reliée à votre carte de
crédit Visa Banque Laurentienne

ASSURANCE CRÉANCE COLLECTIVE

CONTRAT 9000-V

Coordonnées de l'assureur :

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

680, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (Québec) H3A 2S6

Tél. : 514 499-6666, Télécopieur : 514 499-3773

L'Industrielle Alliance, Assurance auto et habitation inc.

925, Grande Allée Ouest, bureau 230

Québec (Québec) G1S 1C1

Tél: 1 800 463-4382

Coordonnées du distributeur :
Banque Laurentienne du Canada



**BANQUE
LAURENTIENNE**

iA 
Groupe financier

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DÉFINITIONS	4
DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT	8
Nature des garanties	8
Conditions particulières	8
Garantie d'assurance vie, décès accidentel et mutilation	8
Garantie d'assurance invalidité	10
Garantie d'assurance perte d'emploi	12
Conditions générales	14
Conditions d'admissibilité	14
Adhésion et début de l'assurance	15
Montant maximal de la protection et types de couverture	15
Montant de la prime	15
Exonération de la prime	15
Désignation du bénéficiaire	16
Confirmation de l'assureur	16
Modifications au contrat	16
Dispositions particulières pour les financements par remboursements égaux et les financements à paiement reporté	16
EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE GARANTIES	18
ANNULATION ET FIN DE L'ASSURANCE	21
Fin de l'assurance	21
DEMANDE D'INDEMNITÉ OU DE PRESTATION	22
PRODUITS SIMILAIRES	24
RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS	25
AUTRES INFORMATIONS	26
SERVICES D'ASSISTANCE	27
ANNEXE 1 AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE	28

INTRODUCTION

Le but de ce guide est de décrire le produit d'assurance offert et de faciliter votre compréhension. Il vise à vous permettre d'apprécier, par vous-même, si ce produit d'assurance répond à vos besoins puisque vous n'êtes pas en présence d'un représentant en assurance de personnes.

Ce guide ne constitue pas le contrat d'assurance et n'a pas pour effet d'en modifier les termes. Le contrat et toutes les modalités du régime sont énoncés textuellement dans la police d'assurance créance (police 9000 V) de l'assureur.

Veillez le conserver précieusement, car il décrit en détail vos protections en cas de décès, d'invalidité ou de perte d'emploi. Pour toute demande de règlement ou encore pour accéder à l'un des services d'assistance gratuits inclus dans votre protection, veuillez composer les numéros de téléphone inscrits sur la page couverture arrière de ce document.

Si vous désirez obtenir des renseignements additionnels sur ce produit ou sur tout autre produit ou service offert par la Banque Laurentienne, vous pouvez communiquer avec eux à toute heure du jour ou de la nuit au numéro suivant : 1 800 252-1846.

Les mots suivis d'un chiffre sont définis aux pages 4 à 7 du présent guide de distribution.

DÉFINITIONS

Accident¹ : atteinte corporelle constatée par un médecin et résultant directement, indépendamment de toute maladie ou autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette atteinte doit survenir pendant que l'assurance est en vigueur.

Adhérent² : tout détenteur de compte⁹ admissible qui adhère à l'assurance conformément aux critères d'admissibilité et aux critères d'adhésion et début d'assurance.

Assureur³ : l'assureur désigné est l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. pour ce qui est des garanties d'assurance de personnes et l'Industrielle Alliance, Assurance auto et habitation pour ce qui est des garanties d'assurance de dommages.

Carte de crédit⁴ : carte de crédit agréée pour les besoins de la présente assurance par le titulaire du contrat¹⁷ et l'assureur³.

Compte de crédit⁵ : crédit variable accordé au détenteur d'une carte de crédit émise par le titulaire du contrat¹⁷.

Congé⁶ : vacances avec ou sans paie ou congé sans solde¹⁶ accordé par l'employeur à la demande de la personne assurée¹², congé de maladie, congé de maternité ou d'adoption, congé parental ou congé de circonstance (décès, mariage, déménagement, exercice des fonctions de juré).

Conjoint⁷ : le conjoint de l'adhérent² est la personne :

- a) qui est mariée à l'adhérent² ou
- b) qui peut prouver :
 - » qu'elle vit maritalement avec l'adhérent² de façon continue depuis au moins un an; ou
 - » qu'elle vit maritalement avec l'adhérent² et qu'un enfant est né de leur union.

L'assureur³ ne reconnaît qu'un seul conjoint, celui désigné en a) ayant préséance en cas de conflit.

Date du relevé de compte⁸ : date figurant sur le relevé de compte mensuel envoyé au détenteur de compte⁹.

Détenteur de compte⁹ : personne physique au nom de laquelle le compte de crédit⁵ est établi. Si le compte est établi au nom de plus d'une personne, seule la personne dont le nom figure en premier sur le relevé de compte est réputée détentrice du compte.

Emploi saisonnier¹⁰ : emploi qui, en raison de sa nature, n'est exercé que durant certaines périodes et qui procure du travail pendant moins de neuf mois par année.

Invalidité¹¹ :

- a) Pour la personne assurée¹² qui a effectué au moins 20 heures de travail rémunéré¹⁸ au cours de chacune des quatre dernières semaines qui précèdent le début de l'invalidité, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident¹, qui exige des soins médicaux continus, et qui :
- » pendant les douze premiers mois empêche complètement la personne assurée¹² d'accomplir chacune des tâches habituelles de sa fonction principale;
 - » s'il persiste durant plus de douze mois, empêche complètement la personne assurée¹² de se livrer à tout travail, disponible ou non dans la région où elle est domiciliée, lui permettant de toucher au moins 60 % du salaire régulier qu'elle recevait avant le début de son invalidité.
- b) Pour toute autre personne assurée¹², un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident¹ qui exige des soins médicaux continus et qui l'empêche d'exercer chacune des activités normales d'une personne du même âge.

La maladie ou les blessures résultant de l'accident¹ ainsi que l'incapacité de la personne assurée¹² doivent être constatées par un médecin.

6 **Personne assurée**¹² : l'adhérent² et son conjoint⁷, s'il y a lieu.

Perte de l'usage ou mutilation¹³ : le sectionnement définitif d'un membre ou la perte totale et définitive de son usage. Par « perte d'un œil », on entend la perte totale et définitive de la vue d'un œil. Par « perte d'une main ou d'un pied », on entend la perte totale et définitive de l'usage d'une main ou d'un pied, y compris l'articulation du poignet ou de la cheville.

Perte d'emploi¹⁴ : la perte involontaire d'un emploi permanent et non saisonnier, d'au moins 20 heures rémunérées par semaine, et assurable selon Développement des ressources humaines Canada, c'est-à-dire qui exige le versement de cotisations au régime d'assurance-emploi.

De plus, la personne assurée¹² doit avoir exercé cet emploi pour le même employeur durant au moins les quatre mois consécutifs précédant immédiatement la perte d'emploi et doit avoir droit à des prestations d'assurance-emploi.

Professionnel de la santé¹⁵ : tout professionnel de la santé qui est membre en règle de sa corporation ou de son association professionnelle et qui exerce dans les limites de sa compétence, selon ce qui est prévu par la loi.

Solde¹⁶ : le montant requis (à l'exception de tout montant en souffrance) pour libérer complètement l'adhérent² de toute obligation financière envers le titulaire du contrat¹⁷.

Titulaire du contrat¹⁷ : La Banque Laurentienne du Canada.

Travail rémunéré¹⁸ : travail pour lequel la personne assurée¹² reçoit un salaire de son employeur ou travail pour lequel elle est rémunérée à titre de travailleur autonome pour la réalisation de travaux ou la prestation de services.

Versement minimum¹⁹ : aux fins de la présente assurance, ce versement correspond au versement minimum du mois indiqué sur le relevé de compte de crédit⁵ (à l'exception de tout montant en souffrance).

Transaction régulière²⁰ : l'obtention d'une avance d'argent ou l'achat d'un bien ou d'un service effectué au moyen de la carte de crédit⁴ à l'exception des achats faisant l'objet d'un financement par remboursements égaux ou d'un financement à paiement reporté.

DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

NATURE DES GARANTIES

Ce produit offre les protections suivantes : assurance vie, décès accidentel et mutilation¹³, assurance invalidité¹¹ et perte d'emploi¹⁴.

La somme assurée, dans tous les cas, correspond au solde¹⁶ à la date du relevé de compte⁸ précédant immédiatement ou coïncidant avec la date de l'événement. En sus du solde¹⁶ indiqué sur ce relevé de compte s'ajoutent toutes les transactions effectuées avec la carte de crédit⁴ avant ou la journée même de la date du relevé de compte⁸, même si ces transactions ne figurent pas sur ce relevé. Les transactions ultérieures à la date de ce relevé ne sont pas prises en considération pour la détermination de la somme assurée.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

GARANTIE D'ASSURANCE VIE, DÉCÈS ACCIDENTEL ET MUTILATION

SOMME ASSURÉE

La somme assurée correspond au solde¹⁶ à la date du relevé de compte⁸ précédant immédiatement ou coïncidant avec la date du décès ou la date de l'accident¹ entraînant la perte de l'usage ou la mutilation¹³, selon la première de ces éventualités.

En sus du solde¹⁶ indiqué sur ce relevé de compte s'ajoutent toutes les transactions effectuées avec la carte de crédit⁴ avant ou la journée même de la date du relevé de compte⁸, même si ces transactions ne figurent pas sur ce relevé.

Les transactions ultérieures à la date de ce relevé ne sont pas prises en considération pour la détermination de la somme assurée. La personne assurée¹² ou les ayants droit doivent fournir à l'assureur³, au moment de la demande de prestations, les relevés nécessaires au calcul de la somme assurée.

Le total des prestations versées à une personne assurée pendant toute la durée de l'assurance, toutes garanties confondues, ne peut excéder la somme assurée maximale de 15 000\$.

PRESTATIONS

Assurance vie

La somme assurée est payable au décès de toute personne assurée¹².

Décès accidentel

Si le décès de la personne assurée¹² est causé directement par un accident et qu'il survient au cours des 365 jours qui suivent cet accident¹, l'assureur³ verse un montant additionnel égal à la somme assurée.

Perte de l'usage ou mutilation¹³

Si une personne assurée¹² subit, à la suite d'un accident et dans un délai de 365 jours, la perte de l'usage ou la mutilation¹³ d'un ou de plusieurs membres (main, pied ou œil), l'assureur³ verse une prestation totale égale à 100 % de la somme assurée.

Restriction

Si la personne assurée¹² décède dans les 365 jours suivant l'accident¹, aucune prestation n'est payable advenant la perte de l'usage ou la mutilation¹³. Seule la prestation prévue en cas de décès accidentel est payable.

Paiement des prestations

Toute prestation de décès ou de perte de l'usage ou de mutilation¹³ dont le paiement a été approuvé par l'assureur³ est versée au titulaire du contrat¹⁷, au bénéfice de l'adhérent². Le titulaire du contrat¹⁷ crédite le compte de crédit⁵ de l'adhérent² de ce montant.

SOMME ASSURÉE

La somme assurée correspond au solde¹⁶ à la date du relevé de compte⁸ précédant immédiatement ou coïncidant avec la date de l'invalidité¹¹. En sus du solde¹⁶ indiqué sur ce relevé de compte s'ajoutent toutes les transactions effectuées avec la carte de crédit⁴ avant ou la journée même de la date du relevé de compte⁸, même si ces transactions ne figurent pas sur ce relevé. Les transactions ultérieures à la date de ce relevé ne sont pas prises en considération pour la détermination de la somme assurée.

La personne assurée¹² ou les ayants droit doivent fournir à l'assureur³, au moment de la demande de prestations, les relevés nécessaires au calcul de la somme assurée.

MONTANT DE LA PRESTATION

La prestation mensuelle correspond au versement minimum¹⁹ exigé par le titulaire du contrat¹⁷ sur le relevé de compte dont la date coïncide avec la date du début de l'invalidité¹¹ ou qui précède immédiatement cette date.

Au cours de la période d'indemnisation, la prestation mensuelle pourra être rajustée pour tenir compte de la somme assurée.

L'assureur³ s'engage à payer 1/30 de la prestation mensuelle pour chaque jour d'invalidité¹¹ donnant droit à des prestations en vertu du présent contrat.

La prestation mensuelle d'une personne assurée¹² ne peut en aucun temps excéder 750 \$ tel que définit à la page 15. Le total des prestations versées à une personne assurée¹² pendant toute la durée de l'assurance, toutes garanties confondues, ne peut excéder la somme assurée maximale de 15 000 \$ tel que définit à la page 15.

Paiement des prestations

Toute prestation d'invalidité¹¹ dont le paiement a été approuvé par l'assureur³ est versée au titulaire du contrat¹⁷, au bénéfice de l'adhérent². Le titulaire du contrat¹⁷ crédite le compte de crédit⁵ de l'adhérent² de ce montant.

Période d'attente

- » Pour la personne assurée¹² qui a effectué au moins 20 heures de travail rémunéré¹⁸ au cours de chacune des quatre semaines précédant le début de l'invalidité¹¹, l'assureur³ verse des prestations à partir de la première journée d'invalidité¹¹ totale si celle-ci dure pendant une période continue d'au moins 30 jours.
- » Pour toute autre personne assurée¹², l'assureur³ verse des prestations à partir de la 91^e journée consécutive d'invalidité¹¹ totale.

PÉRIODES SUCCESSIVES D'INVALIDITÉ¹¹

La personne assurée¹² qui reçoit des prestations d'invalidité¹¹ n'a pas à satisfaire de nouveau aux exigences relatives à la période d'attente dans le cas de périodes successives d'invalidité¹¹ résultant de la même maladie ou du même accident¹, si ces périodes sont séparées par une période de moins de 90 jours pendant laquelle elle n'a pas été invalide.

La période d'attente ne s'applique pas de nouveau, et chaque période d'invalidité¹¹ est considérée comme une continuation de la précédente.

La totalité des prestations mensuelles versées pour des périodes successives d'invalidité¹¹ ne pourra excéder la somme assurée qui avait été établie lors de la première période d'invalidité¹¹.

12 FIN DES PRESTATIONS

Les prestations cessent d'office lors du premier des événements suivants :

- » lorsque la personne assurée¹² n'est plus totalement invalide, qu'elle effectue un travail rémunéré¹⁸, reçoit une formation ou retourne aux études;
- » lorsque la somme assurée (excluant les intérêts courus) a été acquittée par l'assureur³;
- » à la date du relevé de compte qui suit le jour où l'assuré atteint l'âge de 65 ans;
- » à la date de révocation des droits et privilèges que le titulaire du contrat¹⁷ accorde à l'adhérent²

PREUVES DE L'INVALIDITÉ¹¹

Il incombe à la personne assurée¹² de fournir à l'assureur³ des preuves satisfaisantes de son invalidité¹¹. Ces preuves peuvent inclure l'option d'un médecin spécialiste de même que les copies des résultats des examens subis.

L'assureur³ peut exiger en tout temps que la personne assurée¹² :

- » fournisse des preuves satisfaisantes quant à la continuité de son invalidité¹¹;
- » soit examinée par un ou des médecins ou professionnels de la santé désignés par l'assureur³.

■ GARANTIE D'ASSURANCE PERTE D'EMPLOI

SOMME ASSURÉE

La somme assurée correspond au solde¹⁶ à la date du relevé de compte⁸ précédant immédiatement ou coïncidant avec la date à laquelle la personne assurée¹² a été avisée de la perte de son emploi par son employeur. En sus du solde¹⁶ indiqué sur ce relevé de compte s'ajoutent toutes les transactions effectuées avec la carte de crédit⁴ avant ou la journée même de la date du relevé de compte⁸, même si ces transactions ne figurent pas sur ce relevé. Les transactions ultérieures à la date de ce relevé ne sont pas prises en considération pour la détermination de la somme assurée.

La personne assurée¹² ou les ayants droit doivent fournir à l'assureur³, au moment de la demande de prestations, les relevés nécessaires au calcul de la somme assurée.

MONTANT DE LA PRESTATION

La prestation mensuelle correspond au versement minimum¹⁹ exigé par le titulaire du contrat¹⁷ sur le relevé de compte dont la date coïncide avec la date à laquelle la personne assurée¹² a été avisée de la perte de son emploi par son employeur ou qui précède immédiatement cette date.

Au cours de la période d'indemnisation, la prestation mensuelle pourra être rajustée pour tenir compte de la somme assurée.

L'assureur³ s'engage à payer 1/30 de la prestation mensuelle pour chaque journée pendant laquelle la personne assurée¹² ne travaille pas et qui donne droit à des prestations en vertu du présent contrat.

La prestation mensuelle d'une personne assurée¹² ne peut en aucun temps excéder 750 \$ tel que définit à la page 15. Le total des prestations versées à une personne assurée¹² pendant toute la durée de l'assurance, toutes garanties confondues, ne peut excéder 15 000\$, tel que définit à la page 15.

PAIEMENT DES PRESTATIONS ET PÉRIODE D'ATTENTE

Paiement des prestations

Toute prestation de perte d'emploi¹⁴ dont le paiement a été approuvé par l'assureur³ est versée au titulaire du contrat¹⁷, au bénéfice de l'adhérent². Le titulaire du contrat¹⁷ crédite le compte de crédit⁵ de l'adhérent² de ce montant.

Période d'attente

L'assureur³ verse des prestations à partir de la 31^e journée consécutive qui suit la date de la perte d'emploi¹⁴.

14 Admissibilité aux prestations à la suite d'une période d'indemnisation

Après une période d'indemnisation, la personne assurée¹² redevient admissible à des prestations si elle satisfait de nouveau aux critères relatifs à une perte d'emploi¹⁴ énumérés à la page 6.

FIN DES PRESTATION

Les prestations cessent d'office lors de la première des éventualités suivantes :

- » dès que la personne assurée¹² effectue un travail rémunéré¹⁸ ou retourne aux études à temps plein;
- » lorsque la somme assurée (excluant les intérêts courus) a été entièrement acquittée par l'assureur³;
- » à la date du relevé de compte qui suit le jour où l'assuré atteint l'âge de 65 ans;
- » à la date de révocation des droits et privilèges que le titulaire du contrat¹⁷ accorde à l'adhérent².

PREUVES DE PERTE D'EMPLOI¹⁴

Il incombe à la personne assurée¹² de fournir à l'assureur³ des preuves satisfaisantes de sa perte d'emploi¹⁴ et de la continuité de son statut de sans-emploi.

CONDITIONS GÉNÉRALES

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible vous devez remplir les critères suivants à la date d'entrée en vigueur :

- » Être âgé entre 18 et 64 ans inclusivement;
- » Résider au Canada; et
- » Être détenteur ou le conjoint⁷ d'un détenteur d'une carte Visa Banque Laurentienne.

Si vous ne répondez pas à ces critères d'admissibilité, vous n'êtes pas admissible à cette assurance.

■ ADHÉSION ET DÉBUT DE L'ASSURANCE

Toute personne admissible peut adhérer à la protection **Assur-paiement^{MC}** offerte par le biais de la carte Visa Banque Laurentienne en remplissant le formulaire d'adhésion ou en donnant son consentement verbal au titulaire du contrat¹⁷ ou à son mandataire.

L'assurance prend effet le jour de l'adhésion à la protection **Assur-paiement^{MC}**.

■ MONTANT MAXIMAL DE LA PROTECTION ET TYPES DE COUVERTURE

La somme assurée maximale, toutes garanties confondues, est de 15 000 \$.

La prestation mensuelle maximale, toutes garanties confondues, est de 750 \$.

Ces maximums d'assurance s'appliquent à l'ensemble des comptes de crédit assurés par un même adhérent² en vertu du contrat Protection **Assur-paiement^{MC}** offert par le biais de la carte Visa Banque Laurentienne.

Lorsqu'il y a plusieurs comptes de crédit assurés, l'assureur³ prend d'abord en considération ceux pour lesquels l'adhésion est la plus ancienne.

■ MONTANT DE LA PRIME

La prime est établie en fonction du solde¹⁶ indiqué sur le relevé de compte de crédit⁵ de l'adhérent².

Le taux de prime n'est pas garanti; il est établi pour l'ensemble des adhérents² et ne peut varier selon les demandes de prestations d'un adhérent².

■ EXONÉRATION DE LA PRIME

Lorsque des prestations sont versées en vertu de la garantie d'assurance invalidité¹¹ ou de la garantie d'assurance perte d'emploi¹⁴, l'assureur³ rembourse mensuellement au titulaire du contrat¹⁷ la portion de prime payée qui est afférente à la somme assurée applicable. Le titulaire du contrat¹⁷ crédite alors ce remboursement au compte de crédit⁵ de l'adhérent².

16 ■ DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Toute prestation dont le paiement a été approuvé par l'assureur³ est versée au titulaire du contrat¹⁷, au bénéfice de l'adhérent². Le titulaire du contrat¹⁷ crédite le compte de crédit⁵ de l'adhérent² de ce montant.

■ CONFIRMATION DE L'ASSUREUR

Vous recevrez une lettre confirmant que vous êtes assuré dans les 30 jours suivant votre demande d'adhésion à cette assurance.

■ MODIFICATIONS AU CONTRAT

Si le titulaire du contrat¹⁷ apporte, à ses contrats de crédit variable ou à ses relevés de compte, des modifications qui ont pour effet de changer l'étendue des protections qu'offre le contrat Protection **Assur-paiement**^{MC} offert par le biais de la carte Visa Banque Laurentienne, les dispositions de ce dernier continueront de s'appliquer comme avant, et ce, jusqu'à ce qu'un avenant soit ajouté au contrat.

■ DISPOSITIONS PARTICULIÈRES POUR LES FINANCEMENTS PAR REMBOURSEMENTS ÉGAUX ET LES FINANCEMENTS À PAIEMENT REPORTÉ

Les dispositions spécifiques qui suivent s'ajoutent au contenu du guide de distribution, lorsque le titulaire du contrat¹⁷ offre les financements par remboursements égaux et les financements à paiement reporté.

En sus des transactions régulières²⁰, l'assurance couvre les deux types de crédits variables suivants s'ils sont indiqués sur le relevé de compte de l'adhérent² :

- » le financement par remboursements égaux : l'achat d'un bien ou d'un service effectué au moyen de la carte de crédit⁴ et dont le coût est remboursable par l'entremise de paiements mensuels égaux et consécutifs déterminés au moment de l'achat;

- » le financement à paiement reporté : l'achat d'un bien ou d'un service effectué au moyen de la carte de crédit⁴ et pour lequel le remboursement est différé pour une période déterminée au moment de l'achat.

Le versement minimum¹⁹ utilisé aux fins de la présente assurance totalise donc les versements minimums dus pour ces trois types de crédits (transactions régulières²⁰, financements par remboursements égaux et financements à paiement reporté). Le solde assuré correspond à la somme des soldes¹⁶ de chacun de ces trois types de crédits, et le taux de prime est calculé en fonction du solde¹⁶ total indiqué sur le relevé de compte.

PARTICULARITÉS APPLICABLES AUX FINANCEMENTS À PAIEMENT REPORTÉ

L'assureur³ garantit le paiement d'une prestation maximale égale au solde associé à ce type de financement si l'adhérent² ou son conjoint⁷ décède pendant la période de report du financement. De plus, aucune prime relative à ce solde n'est facturée à l'adhérent² au cours de cette période.

EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE GARANTIES

MISE EN GARDE

AUCUNE PRESTATION N'EST PAYABLE :

1. en cas de suicide de l'assuré durant les 2 années suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou de son rétablissement. La seule obligation de l'assureur³ se limite au remboursement sans intérêt des primes. Le suicide du conjoint⁷ durant les 2 premières années d'assurance n'entraîne que la fin de l'assurance du conjoint⁷ et aucune somme n'est payable par l'assureur³; ou
2. si le décès, l'invalidité¹¹ ou la mutilation¹³ accidentelle résulte d'une des causes suivantes :
 - » une blessure auto-infligée, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
 - » une participation à un acte criminel, une opération militaire, une insurrection, une émeute ou une agitation populaire;
 - » un vol ou tentative de vol dans un aéronef dans toute autre capacité que celle d'un passager;
 - » de blessures subies alors que l'assuré conduisait un véhicule motorisé sous l'influence de stupéfiants ou alors que la proportion d'alcool contenue dans son sang était de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08).

3. si la perte d'emploi¹⁴ résulte d'une des causes suivantes :

- » la perte d'un emploi saisonnier¹⁰, occasionnel, à temps partiel ou temporaire;
- » la perte d'un emploi qui n'est pas un emploi assurable selon Développement des ressources humaines Canada;
- » une perte d'emploi¹⁴ dont la personne assurée¹² était informée au moment de l'adhésion;
- » une perte d'emploi¹⁴ qui survient au cours des 30 jours qui suivent le début de l'assurance;
- » une perte d'emploi¹⁴ liée à une démission volontaire;
- » une perte d'emploi¹⁴ liée à une grève, à un lock-out, à une fraude ou à une infraction à la loi;
- » une perte d'emploi¹⁴ liée à la fin d'un contrat à durée fixe;
- » tout congé⁶ ne mettant pas fin au lien d'emploi;
- » toute cessation d'emploi liée à la retraite.

■ CONDITIONS PRÉ-EXISTENTES

Aucune prestation mensuelle n'est payable pour un décès ou une invalidité¹¹ qui survient dans les 12 mois suivant la prise d'effet de l'assurance de l'adhérent² si le décès ou l'invalidité¹¹ est attribuable à une maladie ou à une blessure pour laquelle la personne assurée¹² a été traitée au cours des 6 mois précédents le début de l'assurance.

Cependant, l'exclusion ne s'applique pas si la personne assurée¹² n'a pas été traitée pour cette maladie ou blessure pendant une période continue de 6 mois se terminant après le début de l'assurance.

L'assureur³ considère qu'une personne assurée¹² est traitée lorsqu'elle a, pour une maladie ou pour une blessure, soit :

- » consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé¹⁵ ou reçu des traitements d'un tel spécialiste;
ou
- » subi des examens
- » fait usage de médicaments prescrits par un médecin
ou;
- » été hospitalisée

Ces conditions sont également applicables en ce qui concerne les financements par remboursements égaux et les financements à paiement reporté.

■ EXCLUSION EN CAS D'ÉVÉNEMENTS MULTIPLES

Lorsque l'assureur³ verse des prestations mensuelles à une personne assurée¹² en vertu de la garantie d'assurance invalidité¹¹ ou de la garantie d'assurance perte d'emploi¹⁴, aucune autre demande de prestations présentée à l'égard de la même personne assurée¹², pour l'une ou l'autre de ces garanties, ne sera considérée comme recevable tant et aussi longtemps que se poursuivra le versement de la prestation mensuelle liée à la demande reçue en premier.

ANNULATION ET FIN DE L'ASSURANCE

Vous pouvez mettre fin à cette assurance à tout moment. Pour annuler l'assurance, vous devez communiquer avec l'assureur. Si votre annulation est reçue dans les 30 jours suivant la réception de votre confirmation d'assurance, toute prime perçue vous sera alors remboursée.

FIN DE L'ASSURANCE

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

- » à la date du relevé de compte⁸ qui suit le jour où l'adhérent² informe l'assureur³, verbalement ou par écrit, de son désir de mettre fin à l'assurance;
- » à la date de fin du contrat Protection **Assur-paiement**^{MC} offert par le biais de la carte Visa Banque Laurentienne convenu entre le titulaire du contrat¹⁷ et l'assureur³;
- » à la date de révocation des droits et privilèges que le titulaire du contrat¹⁷ accorde à l'adhérent²;
- » le jour du décès de l'adhérent²;
- » à la date du relevé de compte⁸ qui suit le jour où l'assuré atteint l'âge de 70 ans dans le cas de l'assurance vie, décès accidentel et mutilation¹³ ou l'âge de 65 ans dans le cas de l'assurance invalidité¹¹ et perte d'emploi¹⁴;

L'assurance du conjoint⁷ se termine à la date du relevé de compte⁸ qui suit le jour où il atteint l'âge de 70 ans dans le cas de l'assurance vie, décès accidentel et mutilation¹³ ou l'âge de 65 ans dans le cas de l'assurance invalidité¹¹ et perte d'emploi¹⁴.

DEMANDE D'INDEMNITÉ OU DE PRESTATION

a) Présentation de la réclamation

Une déclaration de sinistre complétée doit être soumise à l'assureur³ au plus tard un an après la date du décès pour l'assurance-vie.

Une déclaration de sinistre complétée doit être soumise à l'assureur dans les 30 jours qui suivent l'invalidité¹¹, la perte d'emploi¹⁴ ou la mutilation¹³. Une preuve écrite avec les justifications requises doit être remise dans les 90 jours qui suivent cet événement.

Toute déclaration ou preuve de sinistre complétée à la satisfaction de l'assureur qui n'est pas présentée à l'assureur dans les délais requis demeurera valide si :

- » La déclaration ou la preuve de sinistre complétée est soumise dans un délai aussi raisonnable que possible dans l'année suivant la date à laquelle le sinistre est survenu; et
- » À condition qu'il soit établi qu'il était raisonnablement impossible de présenter la déclaration ou la preuve de sinistre complétée dans le délai requis.

b) Réponse de l'assureur³

L'acceptation ou le rejet de votre demande d'indemnité par l'assureur³ vous parviendra à l'intérieur des 30 jours suivant la réception de la demande de prestations. Si la demande est reçue positivement, une confirmation du paiement transmis au créancier l'accompagnera. Dans le cas contraire, l'assureur³ vous informera des motifs de refus.

c) Appel d'une décision de l'assureur³ et recours

Vous avez un an pour en appeler de la décision de l'assureur³ à la suite du refus de votre réclamation. Pour contester la décision de l'assureur³, vous devez envoyer une lettre à l'assureur³ lui expliquant le motif de la contestation.

Pour connaître vos droits, vous pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers, au numéro de téléphone à la section Référence à l'Autorité des marchés financiers. Vous pouvez également consulter un conseiller juridique de votre choix.

La Loi prévoit un délai maximum de 3 ans pour contester la décision de l'assureur³.

PRODUITS SIMILAIRES

Il existe sur le marché des produits d'assurance comportant les mêmes protections d'assurance que celles décrites dans ce guide de distribution.

RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour toute information supplémentaire à propos des obligations qu'ont envers vous l'assureur³ et le distributeur, vous pouvez joindre l'Autorité :

Autorité des marchés financiers

Place de la Cité, tour Cominar
2640, boulevard Laurier, 4e étage
Québec (Québec) G1V 5C1

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

Ailleurs au Québec : 1 877 525-0337

Télécopieur : 418 525-9512

AUTRES INFORMATIONS

AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels que l'assureur³ détient ou détiendra au sujet de toute personne assurée¹² sont traités de façon confidentielle et sont consignés dans un dossier dont l'objet est de permettre aux personnes assurées de bénéficier des différents services financiers d'assurance, de rentes, de crédit et d'autres services complémentaires offerts par l'assureur³. Ils ne sont consultés que par le personnel de l'assureur³ qui doit y avoir recours dans l'exercice de ses fonctions.

Les personnes assurées peuvent avoir accès à leur dossier et faire rectifier des renseignements si elles prouvent qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Elles doivent alors faire parvenir une demande écrite à l'assureur³.

AUTORISATION À L'ÉGARD DE LA CUEILLETTE ET DE LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

À moins qu'un avis contraire écrit de leur part ne parvienne à l'assureur³, les personnes assurées autorisent expressément le titulaire du contrat¹⁷, ou toute entreprise exploitant son système de base de données, à fournir sur demande à l'assureur³, ou à ses réassureurs, tout ce qui est nécessaire pour la gestion du contrat d'assurance. En cas de décès, les personnes assurées autorisent leurs bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs successoraux à fournir à l'assureur³, ou à ses réassureurs, tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives.

Dans l'éventualité où la présente autorisation serait révoquée, l'assurance prendrait fin automatiquement.

SERVICES D'ASSISTANCE

Toute personne assurée en vertu du contrat Protection **Assur-paiement^{MC}** offert par le biais de la carte Visa Banque Laurentienne a accès gratuitement à un service d'information téléphonique complet.

■ ASSISTANCE CONVALESCENCE

La personne assurée peut obtenir des renseignements sur les ressources de sa région en matière de soins infirmiers à domicile, de repas à domicile, de services d'entretien ménager et de centres de convalescence privés.

■ ASSISTANCE INFO ACCÈS-SANTÉ

Des professionnels de la santé peuvent répondre à toutes les questions de la personne assurée relativement à la santé, au mode de vie, à la vaccination, à la mise en forme, à la diététique, à la disponibilité des ressources locales, etc. Ce service d'information médicale constitue un complément à la consultation médicale et au service médical d'urgence (911).

■ ASSISTANCE JURIDIQUE

Ce service fournit à la personne assurée de l'information sur des sujets tels que l'immobilier, la fiscalité, le droit commercial, la consommation, la finance et le droit familial.

■ ASSISTANCE VIE COURANTE

Ce service offre à la personne assurée une assistance immédiate et des conseils qui l'aident à composer avec les difficultés de la vie de tous les jours. Voici des exemples de sujets sur lesquels elle peut obtenir des renseignements : sur des programmes gouvernementaux en vigueur, des réparations à faire aux fondations de la maison, un placement financier, des problèmes avec l'électricité de la résidence, etc.

ANNEXE 1 : 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 (chapitre D-9.2)

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. Par contre, l'assureur³ vous accorde un délai de 30 jours.** Pour cela, vous devez donner à l'assureur³ un avis par courrier recommandé dans ce délai. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.
- » Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.
- » **Après l'expiration du délai de 30 jours**, vous avez la 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

À : L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
680, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (Québec) H3A 2S6

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 no :

(numéro du contrat s'il est indiqué)

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

à : _____
(lieu de la signature du contrat)

(nom du client)

(signature du client)

Le distributeur doit remplir au préalable cette section.
Cet envoi 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

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, 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.

Renseignements généraux

1 800 252-1846

Réclamations

1 800 361-6002

Assistance

**Convalescence, vie courante, juridique
et info accès-santé**

1 866 360-8870



**BANQUE
LAURENTIENNE**