



ASSURANT®

## AMEX Protecteur de compte – Ultime

- Exclusivement pour les titulaires de la carte de crédit American Express -

### Certificat d'assurance

*This certificate of insurance is also available in English.*

### SOMMAIRE

**Créancier/Bénéficiaire :** Banque Amex du Canada

**Assureurs :** American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride

**Âge d'admissibilité :** De 18 ans ou plus et de moins de 70 ans à la Date d'entrée en vigueur

**Montant maximal d'assurance :** 20 000 \$

**Taux de la prime mensuelle par tranche de 100 \$ du solde impayé du mois courant :**

Jusqu'à l'âge de 69 ans | 0,99 \$ (plus les taxes applicables)

À partir de l'âge de 70 ans | 0,69 \$ (plus les taxes applicables)

**Contrats-cadres collectifs :** 0708APUL et 0708APU

### COMMENT CONTACTER ASSURANT



**Demandes de règlement et questions :**

Vous pouvez contacter Assurant au : **1 800 708-0807**  
de 8 h à 20 h du lundi au vendredi

Nous vous aiderons à présenter votre demande de règlement ou répondrons à toute question concernant le régime.



**Ou écrivez-nous à : Assurant**

1945, rue King Est, bureau 100  
Hamilton (Ontario) L8K 1W2

### RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE

Amex Protecteur de compte – Ultime est une couverture d'assurance collective facultative pour votre compte-carte de crédit American Express®. Cette assurance vous est offerte par American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (« ABLAC ») et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (« ABIC ») par l'intermédiaire de la Banque Amex du Canada\*. ABLAC et ABIC ainsi que leurs sociétés affiliées et filiales sont exploitées au Canada sous la dénomination sociale Assurant.

Veuillez consulter le Sommaire ci-dessus et la section «Définitions» pour connaître la signification des termes utilisés dans ce certificat d'assurance.

**CE QUE NOUS ENTENDONS PAR « ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE »**

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 qui 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 la couverture en cas de maladie grave).

**TABLE DES MATIÈRES**

| CONTENU                                                                                           | PAGINER   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Renseignements importants concernant votre couverture d'assurance                                 | 1         |
| <b>COUVERTURES</b>                                                                                | <b>7</b>  |
| • Couverture en cas de décès                                                                      | 7         |
| • Couverture en cas de mutilation                                                                 | 7         |
| • Couverture en cas de décès accidentel                                                           | 8         |
| • Couverture en cas de maladie grave                                                              | 9         |
| • Couverture en cas de perte d'emploi involontaire                                                | 9         |
| • Couverture en cas de perte de revenu d'un travail indépendant                                   | 11        |
| • Couverture en cas d'invalidité requérant une hospitalisation                                    | 13        |
| • Couverture en cas d'invalidité totale avec une protection lors des événements heureux de la vie | 14        |
| <b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>                                                                     | <b>17</b> |

**CE QUE NOUS OFFRONS**

Cette couverture d’assurance-crédit collective comprend ce qui suit :

| Couverture                                                                                                                                                                                     | Contrat-cadre collectif | Assureur |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|
| Décès, mutilation, décès accidentel et maladie grave                                                                                                                                           | 0708APUL                | ABLAC    |
| 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 | 0708APU                 | ABIC     |

Cette assurance fournit aussi des prestations à votre conjoint tel que cela est expliqué dans la section « Couvertures » ci-dessous. Aucune prime supplémentaire n’est facturée pour la couverture de votre conjoint.

**QUAND VOTRE ASSURANCE ENTRE EN VIGUEUR**

Votre couverture d’assurance prend effet à la date d’entrée en vigueur indiquée dans la lettre de bienvenue qui accompagne ce certificat d’assurance.

**CE QUE VOUS PAYEZ**

La prime mensuelle de votre assurance est calculée lorsque votre relevé de compte mensuel est émis. La prime mensuelle de votre 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, au solde impayé du mois courant de votre compte, jusqu’à concurrence de 20 000 \$, plus les taxes applicables.

Les primes et toutes les taxes applicables seront :

1. calculées lorsque le solde impayé de votre compte est supérieur à zéro;
2. portées automatiquement à votre compte à la date du relevé de carte de crédit; et
3. exigibles avec le paiement de votre compte.

## **QUEL EST LE TAUX DE LA PRIME MENSUELLE APPLICABLE**

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

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

## **QUELLES SONT LES RESTRICTIONS APPLICABLES À VOS PRESTATIONS**

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 de ce certificat d'assurance, la prestation serait limitée à la prestation la plus élevée.

## **À QUI NOUS PAYONS**

Nous verserons tous les paiements de prestation directement au Créancier qui les portera ensuite au crédit de votre compte pour réduire ou régler le solde de votre compte. Tout paiement de prestation sera versé en dollars canadiens.

## **QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE**

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

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

Veuillez 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 votre compte à moins que votre couverture d'assurance prenne fin.

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

Aucune prestation ne sera payée en vertu de ce 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 votre conjoint à la première date du relevé suivant votre 70<sup>e</sup> 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 votre conjoint à la première date du relevé suivant votre 80<sup>e</sup> anniversaire de naissance alors que la couverture en cas de mutilation se poursuivra.

## **QUELLE EST L'INCIDENCE SUR VOTRE ASSURANCE LORS D'UN CHANGEMENT DE CARTE DE CRÉDIT AMERICAN EXPRESS**

Si vous changez d'un produit de carte de crédit auprès de American Express à un autre produit de carte de crédit et que les 11 premiers chiffres de votre carte de crédit American Express restent inchangés, votre couverture sera transférée à votre carte de crédit nouvellement émise et la date de votre inscription initiale s'appliquera. Dans le cas contraire, votre protection prendra fin.

## **COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT**

En cas de sinistre, veuillez communiquer avec nous en composant le **1 800 708-0807** pour obtenir des renseignements sur la façon de soumettre une demande de règlement.

Les formulaires de demande de règlement doivent être dûment remplis, à vos frais, et envoyés à notre bureau à l'adresse indiquée ci-dessous dans les 90 jours suivant le sinistre, excepté pour les demandes de règlement en cas de décès que vous devez nous faire parvenir dès que cela est raisonnablement possible.

### **Assurant**

**1945, rue King Est, bureau 100  
Hamilton (Ontario) L8K 1W2**

L'omission de déclarer le sinistre dans le délai prévu peut invalider toute demande d'indemnité aux termes de ce certificat d'assurance. Un retard peut avoir une incidence sur notre capacité de déterminer la validité de la demande de règlement.

## **CE QUI ARRIVE LORSQUE VOUS RECEVEZ DES PAIEMENTS DE PRESTATION**

Vous êtes responsable du solde de votre compte en tout temps, que vous receviez des paiements de prestation ou non. De plus, ce 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 votre compte. Les primes continueront d'être imputées à votre compte à moins que votre couverture d'assurance soit résiliée. 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.

## DÉFINITIONS

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

**Conjoint** désigne la personne avec qui vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez depuis au moins 6 mois consécutifs 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 ce certificat d'assurance.

**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.

**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** ».

**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.

Des définitions supplémentaires propres à chaque type de couverture, incluant la définition de la date du sinistre, sont énoncées dans la section « Couvertures » qui suit.

## COUVERTURES

### COUVERTURE EN CAS DE DÉCÈS

#### CE QUE NOUS COUVRONS

Si, pendant que vous êtes assuré, vous ou votre conjoint décédez, vous ou votre conjoint aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions.

#### CE QUE NOUS PAYONS

Nous verserons une prestation correspondant au paiement forfaitaire.

#### CE QUE VOUS DEVEZ NOUS FOURNIR

Il faut nous faire parvenir une copie certifiée conforme du certificat de décès.

#### QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE AU TITRE DE CE CERTIFICAT D'ASSURANCE

La couverture en cas de décès pour vous et votre conjoint sera convertie en une couverture en cas de décès accidentel à la première date du relevé suivant votre 80<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

#### DÉFINITIONS APPLICABLES À LA COUVERTURE EN CAS DE DÉCÈS

**Date du sinistre** signifie la date de votre décès ou celui de votre conjoint.

### COUVERTURE EN CAS DE MUTILATION

#### CE QUE NOUS COUVRONS

Si, pendant que vous êtes assuré, vous ou votre conjoint subissez une mutilation à la suite d'un accident, vous ou votre conjoint aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions.

## CE QUE NOUS PAYONS

Nous verserons une prestation correspondant au paiement forfaitaire.

## CE QUE VOUS DEVEZ NOUS FOURNIR

Il faut nous faire parvenir une déclaration remplie par un médecin ou chirurgien traitants attestant de la mutilation sur un formulaire que nous fournissons ou jugeons acceptable.

## QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE AU TITRE DE CE CERTIFICAT D'ASSURANCE

La couverture en cas de mutilation pour vous et votre conjoint se poursuit quel que soit votre âge.

## DÉFINITIONS APPLICABLES À LA COUVERTURE EN CAS DE MUTILATION

**Date du sinistre** signifie la date de l'accident qui a entraîné votre mutilation ou celle de votre conjoint.

**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.

## COUVERTURE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

### CE QUE NOUS COUVRONS

Si, pendant que vous êtes assuré, vous ou votre conjoint décédez des suites d'un accident après votre 80<sup>e</sup> anniversaire de naissance, vous ou votre conjoint aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions.

### CE QUE NOUS PAYONS

Nous verserons une prestation correspondant au paiement forfaitaire.

### CE QUE VOUS DEVEZ NOUS FOURNIR

Il faut nous faire parvenir une copie certifiée conforme du certificat de décès ou une déclaration remplie par un médecin ou chirurgien traitants attestant du décès accidentel sur un formulaire que nous fournissons ou jugeons acceptable.

## QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE AU TITRE DE CE CERTIFICAT D'ASSURANCE

La couverture en cas de décès accidentel pour vous et votre conjoint entre en vigueur lorsque la couverture en cas de décès prend fin et se poursuit quel que soit votre âge.

## DÉFINITIONS APPLICABLES À LA COUVERTURE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

**Date du sinistre** signifie la date de l'accident qui a entraîné votre décès ou celui 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.



## COUVERTURE EN CAS DE MALADIE GRAVE

### CE QUE NOUS COUVRONS

Si, pendant que vous êtes assuré, un diagnostic initial indique vous ou votre conjoint êtes atteint d'une maladie grave et survivez au moins 30 jours après le diagnostic initial, vous ou votre conjoint aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions.

### CE QUE NOUS PAYONS

Nous verserons une prestation correspondant au paiement forfaitaire.

### CE QUE VOUS DEVEZ NOUS FOURNIR

Il faut nous faire parvenir une déclaration remplie par un médecin ou chirurgien traitants attestant de la maladie grave sur un formulaire que nous fournissons ou jugeons acceptable.

### CE QUE NOUS NE COUVRONS PAS

Nous ne verserons aucune prestation si la maladie grave est le résultat :

1. d'une condition préexistante;
2. 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;
3. d'un cancer de la prostate phase A; ou
4. d'une ischémie transitoire.

### QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE AU TITRE DE CE CERTIFICAT D'ASSURANCE

La couverture en cas de maladie grave prend fin pour vous et votre conjoint à la première date du relevé suivant votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

### DÉFINITIONS APPLICABLES À LA COUVERTURE EN CAS DE MALADIE GRAVE

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

**Date du sinistre** signifie la date du diagnostic initial d'une maladie grave couverte concernant vous ou votre conjoint.

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

## COUVERTURE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

### CE QUE NOUS COUVRONS

Si, pendant que vous êtes assuré, vous perdez involontairement votre emploi et vous demeurez sans emploi pendant une période dépassant la période d'attente

de 30 jours, vous aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions.

Pour être admissible aux prestations en cas de perte d'emploi involontaire, vous devez 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 trois mois consécutifs précédant immédiatement la date du sinistre.

## **CE QUE NOUS PAYONS**

### ***Paiement mensuel***

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 la période d'attente de 30 jours 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 consécutifs, nous verserons le paiement forfaitaire moins tout paiement mensuel déjà effectué, sous réserve du montant maximal d'assurance indiqué dans le Sommaire.

## **QUAND LES PAIEMENTS MENSUELS PRENNENT FIN**

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 :

1. vous retournez au travail;
2. nous avons réglé le paiement forfaitaire, ou
3. le montant maximal d'assurance indiqué dans le Sommaire 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.

## **CE QUE VOUS DEVEZ NOUS FOURNIR**

Il faut nous faire parvenir :

1. une déclaration remplie par votre employeur sur un formulaire que nous fournissons ou jugeons acceptable; ou
2. une preuve jugée satisfaisante de votre perte d'emploi.

De plus, votre inscription aux prestations d'assurance-emploi auprès d'Emploi et Développement social Canada ou des talons de chèque seront requis comme preuves. Si cela n'est pas disponible, à notre demande, vous devrez fournir une preuve de la prolongation de votre chômage involontaire en nous faisant parvenir un formulaire de prolongation de sinistre, que nous vous fournirons et que vous devrez signer.

## CE QUI ARRIVE LORSQUE VOUS ÊTES DE NOUVEAU 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 trois mois consécutifs.

## CE QUE NOUS NE COUVRONS PAS

Nous ne verserons aucune prestation si la perte d'emploi involontaire est le résultat de la perte :

1. d'un travail indépendant;
2. d'un emploi saisonnier; ou
3. d'un emploi temporaire, contractuel ou à temps partiel (à raison d'au moins 25 heures par semaine).

## QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE AU TITRE DE CE CERTIFICAT D'ASSURANCE

La couverture en cas de perte d'emploi involontaire prend fin à la première date du relevé suivant votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

## DÉFINITIONS APPLICABLES À LA COUVERTURE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

**Date du sinistre** signifie la date de votre perte d'emploi involontaire.

**Emploi** et **employé** signifient 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 trois mois consécutifs.

**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.

**Période d'attente** signifie la période qui commence à la date du sinistre et se termine après une période ininterrompue de 30 jours de chômage involontaire.

**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 :

1. mise à pied, c'est-à-dire une suspension temporaire ou permanente de votre emploi décidée par votre employeur;
2. grève, lock-out ou conflit de travail; ou
3. cessation de votre emploi, c'est-à-dire la cessation définitive de votre emploi décidée par votre employeur.

## COUVERTURE EN CAS DE PERTE DE REVENU D'UN TRAVAIL INDÉPENDANT

## CE QUE NOUS COUVRONS

Si, pendant que vous êtes assuré, vous connaissez une période sans emploi à la suite de la fermeture de votre entreprise en raison de difficultés financières et que la période sans emploi se poursuit au-delà de la période d'attente de 90 jours, vous aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions.

Pour être admissible aux prestations de perte de revenu d'un travail indépendant, vous devez 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 consécutifs précédant immédiatement la date du sinistre.

## CE QUE NOUS PAYONS

Nous verserons une prestation correspondant au paiement forfaitaire.

## CE QUE VOUS DEVEZ NOUS FOURNIR

Il faut nous faire parvenir une preuve de la perte de revenu d'un travail indépendant, tels que :

1. des dossiers financiers;
2. des copies du permis d'exploitation ou de statuts constitutifs de l'entreprise; et
3. tout autre document confirmant la perte, le cas échéant.

## CE QUI ARRIVE LORSQUE VOUS ÊTES DE NOUVEAU SANS EMPLOI

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 consécutifs dans une entreprise exploitée activement qui a été enregistrée ou constituée en personne morale.

## CE QUE NOUS NE COUVRONS PAS

Nous ne verserons aucune prestation si la perte de revenu d'un travail indépendant est le résultat de ce qui suit :

1. renonciation volontaire au salaire, aux gains ou au revenu;
2. fermeture de l'entreprise en raison d'une inconduite délibérée ou d'une inconduite criminelle; ou
3. 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.

## QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE AU TITRE DE CE CERTIFICAT D'ASSURANCE

La couverture en cas de perte de revenu d'un travail indépendant prend fin à la première date du relevé suivant votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

## DÉFINITIONS APPLICABLES À LA COUVERTURE EN CAS DE PERTE DE REVENU D'UN TRAVAIL INDÉPENDANT

**Date du sinistre** signifie la date de fermeture de votre entreprise en raison de difficultés financières.

**Période d'attente** signifie la période qui commence à la date du sinistre et se termine après une période ininterrompue sans emploi de 90 jours en raison de la fermeture de votre entreprise en raison de difficultés financières.

# COUVERTURE EN CAS D'INVALIDITÉ REQUÉRANT UNE HOSPITALISATION

## CE QUE NOUS COUVRONS

Si, pendant que vous êtes assuré, vous êtes hospitalisé en raison d'une blessure corporelle accidentelle ou d'une maladie et demeurez hospitalisé pendant une période au-delà de la période d'attente de 24 heures, vous aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions.

## CE QUE NOUS PAYONS

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.

## CE QUE VOUS DEVEZ NOUS FOURNIR

Vous devrez nous fournir une déclaration de votre invalidité requérant une hospitalisation indiquant que vous avez été admis et ensuite congédié (sommaire de sortie du service hospitalier), et que la durée de votre hospitalisation correspond à la période exigée pour cette couverture.

## CE QUI ARRIVE LORSQUE VOUS ÊTES HOSPITALISÉ DE NOUVEAU

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 :

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

## CE QUE NOUS NE COUVRONS PAS

Nous ne verserons aucune prestation d'invalidité requérant une hospitalisation si l'hospitalisation se fait :

1. 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;
2. dans un hôpital à l'extérieur du Canada ou des États-Unis; ou

si l'hospitalisation est le résultat :

1. d'une blessure auto-infligée intentionnelle;
2. d'une grossesse (autre que ses complications physiques);
3. de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte criminel; ou
4. 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.

## QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE AU TITRE DE CE CERTIFICAT D'ASSURANCE

La couverture en cas d'invalidité requérant une hospitalisation prend fin à la première date du relevé suivant votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

## DÉFINITIONS APPLICABLES À LA COUVERTURE EN CAS D'INVALIDITÉ REQUÉRANT UNE HOSPITALISATION

**Date du sinistre** signifie la date de votre hospitalisation.

**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.

**Période d'attente** signifie la période qui commence à la date du sinistre et se termine après une période ininterrompue d'hospitalisation de 24 heures.

## COUVERTURE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE AVEC UNE PROTECTION LORS DES ÉVÉNEMENTS HEUREUX DE LA VIE

### CE QUE NOUS COUVRONS

1. Si, pendant que vous êtes assuré, vous ou votre conjoint :
  - (a) étiez employé immédiatement avant la date du sinistre;
  - (b) êtes atteint d'une invalidité totale par suite d'une blessure corporelle accidentelle ou une maladie;
  - (c) restez totalement invalide pendant une période au-delà de la période d'attente de 30 jours consécutifs; et
  - (d) êtes suivi régulièrement par un médecin ou chirurgien habilités (autre que vous-même), vous ou votre conjoint aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions. OU
2. Si, pendant que vous êtes assuré, vous connaissez un événement heureux de la vie qui est admissible à la couverture, vous aurez droit à un paiement de prestation, sous réserve des restrictions et exclusions.

### CE QUE NOUS PAYONS

#### ***Paiement mensuel***

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 d'attente de 30 jours 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 deux 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 totalement invalide pendant une période ininterrompue de 90 jours consécutifs, 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.

### **QUAND LES PAIEMENTS MENSUELS PRENNENT FIN**

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 :

1. vous ou votre conjoint n'êtes plus totalement invalide;
2. nous avons réglé le paiement forfaitaire, ou
3. le montant maximal d'assurance indiqué dans le Sommaire 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 totalement invalide.

### **CE QUE VOUS DEVEZ NOUS FOURNIR**

Pour les prestations d'invalidité totale, vous ou votre conjoint devrez faire remplir une déclaration par un médecin ou chirurgien traitants sur un formulaire que nous fournissons ou jugeons acceptable qui confirme que vous ou votre conjoint êtes totalement invalide. Sur notre demande, et à vos frais, vous nous fournirez chaque mois une preuve de votre invalidité totale continue.

Pour les événements heureux de la vie, vous pourriez être obligé de nous fournir des documents justificatifs comme une copie :

- d'un certificat de mariage;
- d'un certificat de naissance ou d'une ordonnance d'adoption;
- d'une lettre de votre employeur concernant votre départ à la retraite;
- d'un document confirmant votre changement d'adresse (comme un contrat-bail signé, une convention d'achat d'une propriété, ou un acte de fiducie-sûreté);
- d'un document confirmant l'acceptation d'une demande d'admission à un établissement d'éducation secondaire agréé (collège ou université) pour la première fois.

## CE QUI ARRIVE LORSQUE VOUS OU VOTRE CONJOINT ÊTES TOTALEMENT INVALIDE DE NOUVEAU

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 consécutifs.

## QUAND SE TERMINE VOTRE ASSURANCE AU TITRE DE CE CERTIFICAT D'ASSURANCE

La couverture en cas d'invalidité totale avec une protection lors des événements heureux de la vie pour vous ou votre conjoint prend fin à la première date du relevé suivant votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

## DÉFINITIONS APPLICABLES À LA COUVERTURE EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE AVEC UNE PROTECTION LORS DES ÉVÉNEMENTS HEUREUX DE LA VIE

**Date du sinistre** signifie la date de votre invalidité totale ou celle de votre conjoint.

**Emploi et employé** signifient 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.

**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.

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

**Période d'attente** signifie la période qui commence à la date du sinistre et se termine après une période ininterrompue de 30 jours d'invalidité totale.



# DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## Période de 30 jours pour examiner le certificat d'assurance

Si vous avez des questions concernant cette assurance ou si vous désirez l'annuler, veuillez composer le **1 800 708-0807**. Dans les 30 jours de la réception de ce certificat d'assurance, vous pouvez l'annuler au téléphone ou le retourner pour obtenir un remboursement intégral si vous n'en êtes pas entièrement satisfait. Retournez-le à notre bureau dont l'adresse est indiquée à la section « Demandes de règlement et questions ». Dès réception de votre demande, toute prime que vous avez payée sera créditée à votre compte.

## Déclaration d'âge erronée

Notre responsabilité se limite au remboursement de toutes les primes lorsque vous :

1. avez fait une déclaration erronée de votre âge; et
2. êtes, à la date d'entrée en vigueur de votre certificat d'assurance :
  - a. âgé de moins de 18 ans; ou
  - b. âgé de 70 ans ou plus.

## Fausse déclaration et fraude

Ce certificat d'assurance sera nul si, avant ou après un sinistre, vous avez :

1. caché ou présenté de façon inexacte des faits importants concernant cette assurance;
2. fait de fausses déclarations relativement à votre intérêt dans cette assurance;
3. en cas de fraude, participé à une tentative de fraude ou présenté une fausse attestation.

## Cession

Ce certificat d'assurance ne peut être cédé, ni par vous ni par nous.

## Poursuite judiciaire intentée contre nous

Toute action ou poursuite judiciaire intentée contre un assureur dans le but d'obtenir un paiement du produit de l'assurance aux termes du contrat est strictement interdite à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai applicable établi par la Loi sur les assurances, la *Loi sur la prescription des actions* ou par toute autre loi applicable de votre province ou territoire.

## Modifications

Les modalités de ce certificat d'assurance ne peuvent être changées ni faire l'objet de renonciation sauf au moyen d'un avenant émis par nous, accepté par écrit par nous et le créancier, et dont un avis écrit vous aura été posté à l'avance.

## Si vous avez une préoccupation ou une plainte

Si vous avez une préoccupation ou une plainte concernant votre couverture, veuillez appeler l'assureur au **1 800 708-0807**. L'assureur fera de son mieux pour répondre à votre préoccupation ou régler votre plainte. Si, pour une raison quelconque, l'assureur n'est pas en mesure d'y répondre à votre entière satisfaction, vous pouvez transmettre votre préoccupation ou plainte par écrit à un organisme externe indépendant. Vous pouvez obtenir des renseignements

détaillés concernant le processus de règlement des plaintes de l'assureur et votre recours externe en appelant l'assureur au numéro indiqué ci-dessus ou en consultant le site Web : **[www.assurant.ca/fr-ca/traitement-des-plaintes](http://www.assurant.ca/fr-ca/traitement-des-plaintes)**.

### **Comment annuler**

Vous pouvez appeler notre service à la clientèle au **1 800 708-0807** pour annuler l'assurance AMEX Protecteur de compte – Ultime en tout temps. Vous seul pouvez annuler AMEX Protecteur de compte – Ultime.

### **Ensemble du contrat**

L'ensemble du contrat comprend les contrats-cadres collectifs et votre certificat d'assurance. Les contrats-cadres collectifs peuvent être modifiés en tout temps, sans votre consentement. Aucune modification des contrats-cadres collectifs ni aucune dispense de toute disposition ne sera valide à moins qu'elle ne soit faite par écrit et signée par l'un des dirigeants de chaque assureur.

### **Copie des contrats-cadres collectifs ou de la proposition d'assurance**

Vous, ou toute autre personne qui présente une demande de règlement au titre de ce certificat d'assurance, pouvez demander un exemplaire des contrats-cadres collectifs et/ou une copie de votre proposition d'assurance pour le régime d'assurance AMEX Protecteur de compte – Ultime (le cas échéant) en communiquant avec Assurant à l'adresse indiquée ci-dessous. Sur demande, Assurant vous fera parvenir une copie du document demandé.

### **Assurant**

#### **Siège social canadien**

5000, rue Yonge, bureau 2000  
Toronto (Ontario) M2N 7E9

### **Rubriques**

Toutes les rubriques dans ce certificat d'assurance sont utilisées uniquement à des fins de commodité et n'auront aucune incidence sur l'interprétation de ce certificat d'assurance.

**En foi de quoi**, American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride et American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride ont fait que ce certificat d'assurance soit émis.



Paul Cosgrove  
Agent principal, Canada

## 3 CONSEILS UTILES



1. Passez en revue votre certificat d'assurance.



2. Écrivez vos questions.



3. Assurez-vous d'avoir le numéro de votre compte à portée de la main.

---

### Demandes de règlement et questions



#### **Demandes de règlement et questions**

Voici le numéro sans frais que Assurant met à la disposition des titulaires de la carte de crédit American Express : **1 800 708-0807** de 8 h à 20 h du lundi au vendredi.



Ou écrivez-nous à :

**Assurant**

**1945, rue King Est, bureau 100  
Hamilton (Ontario) L8K 1W2**

®Assurant est une marque de commerce déposée de Assurant, Inc.

\*La Banque Amex du Canada perçoit des frais des assureurs relativement au recouvrement des primes en vertu des contrats-cadres collectifs. La Banque Amex du Canada n'agit pas à titre de mandataire de quelque assureur que ce soit.