

CERTIFICAT D'ASSURANCE CRÉDIT COLLECTIVE

Protection vie et invalidité pour solde impayé

Établi par la Compagnie d'assurance-vie Household

3381, avenue Steeles Est, bureau 300, Toronto (Ontario) M2H 3S7

Téléphone : 1-866-405-4722 (pour les clients HSBC Premier); 1-866-406-4722 (pour tous les autres clients)

TABLEAU D'ASSURANCE pour la protection vie et invalidité

Nom et adresse des
emprunteurs assurés :
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nom et adresse
du créancier
assuré :
BANQUE HSBC CANADA
3381, avenue Steeles Est, bureau 300
Toronto (Ontario) M2H 3S7

Nom du commerçant : Banque HSBC Canada

Date d'entrée en vigueur : XX/XX/XXXX

Numéro de compte : xxxxxxxxxxxxxx

Taux de la prime mensuelle par tranche de 100 \$ du solde
quotidien moyen : 0.99 \$

Numéro du contrat-cadre : HSB-C41791

Montant maximal d'assurance vie ou d'assurance décès ou
mutilation par accident: 25 000 \$

Plafond de garantie globale en cas d'invalidité totale : 25 000 \$

Prestation mensuelle maximale en cas d'invalidité totale : 500 \$

Durée maximale des prestations en cas d'invalidité totale :
ASSURANCE CRÉDIT RENOUVELABLE – 24 MOIS

AUX FINS DE L'ASSURANCE, le titulaire de compte assuré est la personne au nom de laquelle le compte est établi (le « titulaire de compte assuré »). Si le compte est établi au nom de plus d'une personne, le titulaire de compte assuré est réputé être la personne dont le nom figure en premier sur le relevé de facturation.

AVIS IMPORTANT : Il faut présenter à l'administrateur un avis de sinistre dans les 50 jours suivant la date du sinistre.

Pour que l'assurance soit en vigueur, le titulaire de compte assuré doit être le titulaire de carte principal (la personne dont le nom figure en premier sur le relevé de facturation). Si la personne qui demande l'assurance n'est pas la personne dont le nom figure en premier sur le relevé de facturation, veuillez téléphoner au numéro indiqué ci-dessus.

*Ce taux inclut les protections en vertu des contrats-cadres HSB-C41791/HSB-11890.

VOUS POUVEZ ANNULER CETTE ASSURANCE ET RECEVOIR UN REMBOURSEMENT OU UN CRÉDIT INTÉGRAL DE LA PRIME IMPUTÉE EN TÉLÉPHONANT au 1-866-405-4722 (clients HSBC Premier) et au 1 866 406 4722 (tous les autres clients) **DANS LES 30 PREMIERS JOURS SUIVANT LA RÉCEPTION DE CE CERTIFICAT**, à condition qu'il n'y ait pas eu de sinistre. **Vous pouvez annuler votre assurance crédit en tout temps après la période d'examen de 30 jours en composant le numéro sans frais ci-dessus, et toute prime non acquise, calculée au prorata de la période écoulée, vous sera remboursée ou sera créditée à votre compte.**

DÉFINITIONS

«Administrateur» signifie le fournisseur de services avec lequel l'assureur a pris des dispositions pour assurer le règlement des demandes et les services administratifs en vertu de la police. L'administrateur en vertu du présent certificat d'assurance est American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de Floride, une compagnie de Assurant Solutions.

«Affection préexistante» signifie une affection qui existe lorsque vous avez reçu des traitements médicaux, ou lorsque vous avez consulté à cet égard dans les six mois précédant la date de votre adhésion au titre du présent certificat.

«À plein temps» signifie travailler dans un emploi rémunéré permanent au moins 25 heures par semaine.

«Blessure» signifie une blessure ou une lésion corporelle attribuable à un accident qui survient pendant que votre assurance invalidité est en vigueur.

«Compte» signifie votre compte de crédit renouvelable établi auprès du créancier nommé dans le tableau d'assurance du certificat.

«Convention de crédit renouvelable» signifie l'information communiquée au moment de la demande de crédit décrivant les modalités de votre compte de crédit renouvelable.

«Créancier» désigne le *créancier* assuré nommé dans le tableau d'assurance du certificat et à qui la dette est due et/ou ses filiales, ses sociétés affiliées, ses ayants droit et ses cessionnaires.

«Date d'entrée en vigueur» signifie la première date à laquelle *votre compte* affiche un solde suivant l'ajout de l'assurance à *votre compte* .

«Décès par accident» signifie un décès résultant directement de causes accidentelles, indépendamment de toute autre cause.

«Dette assurée» signifie le solde impayé de *votre dette* au *créancier* aux termes de *votre convention de crédit renouvelable* , y compris les intérêts, la prime de l'assurance crédit et les autres frais à la date de *votre* décès ou à la date précédant immédiatement le début de *votre invalidité totale* , selon le cas, et, en cas d' *invalidité totale* , l'intérêt périodique qui court par la suite sur ce solde.

«En vigueur» signifie que ce certificat a pris effet, que les primes sont payées et que toutes les conditions sont respectées.

«Invalidité totale» signifie une invalidité complète et continue qui *vous* empêche d'exécuter les fonctions importantes d'un emploi qui *vous* convient raisonnablement *compte* tenu de *vos* études, de *votre* formation ou de *votre* expérience. L' *administrateur* ne versera pas de prestations pour les jours travaillés. Il *vous* sera demandé de fournir à l' *administrateur* la preuve écrite de *votre invalidité totale* continue de mois en mois. Pour être admissible aux prestations, *vous* devez en outre être traité de façon continue par un médecin ou un chirurgien dûment qualifié, autre que *vous-même* , à compter du premier jour d' *invalidité totale* .

«Maladie» signifie une *maladie* ou une affection qui *vous* touche pendant que *votre* assurance invalidité est *en vigueur* .

«Mutilation» signifie des lésions corporelles résultant directement d'un accident et indépendamment de toute autre cause et provoquant la perte totale et permanente d'une main par amputation au niveau ou au-dessus du poignet, d'un pied par amputation au niveau ou au-dessus de la cheville, ou de la perte de la vue des deux yeux.

«Nous» «notre» et «nos» désignent la Compagnie d'assurance-vie Household.

«Paiement mensuel minimal» signifie le *paiement mensuel minimal* calculé selon les modalités de *votre convention de crédit renouvelable* tel qu'il est déterminé à la date précédant immédiatement le début de *votre invalidité totale* , pourvu que, si *vous* êtes tenu de payer à cette date le solde de *votre dette assurée* , le *paiement mensuel minimal* soit égal à la portion de ce paiement calculée conformément au tableau des paiements mensuels minimaux annexé à la *convention de crédit renouvelable* . Le *paiement mensuel minimal* demeure le même durant toute la période de *votre invalidité totale* pour le calcul des prestations. Si *votre* solde impayé augmente pendant *votre* invalidité, *vous* devez payer toute portion du paiement mensuel exigé par le *créancier* qui dépasse le montant de la prestation mensuelle.

«Solde quotidien moyen» signifie le total du solde impayé chaque jour du cycle de facturation, y compris le capital, les intérêts, la prime de l'assurance crédit et les autres frais, divisé par le nombre de jours compris dans le cycle de facturation, jusqu'à concurrence du montant maximal d'assurance vie indiqué dans le tableau d'assurance du certificat.

«Vous», «votre» et «vos» signifient le titulaire de *compte* assuré au nom duquel le *compte* est établi et qui a été accepté pour l'assurance aux termes du contrat-cadre. Si le *compte* est établi au nom de plus d'une personne, «vous», «votre» et «vos» sont réputés désigner la personne nommée en premier sur le relevé de facturation.

NATURE ET ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

En contrepartie du paiement des primes, *nous* *vous* assurerons relativement aux achats effectués ou aux frais accumulés aux termes de *votre* convention de *compte* . La couverture se rapporte au type d'assurance mentionné dans le présent certificat, sous réserve des dispositions du contrat-cadre **HSB-C41791** que *nous* avons établi au nom du *créancier* .

Cette assurance *vous* couvre jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué dans le tableau d'assurance à la première page du certificat. Le montant d'assurance applicable pour un *compte* particulier sera limité au plafond de garantie globale indiqué dans le tableau d'assurance à la première page du certificat. Si *vous* avez plus d'un *compte* :

1. le plafond de garantie globale indiqué dans le tableau d'assurance du certificat à la première page s'applique; et
2. le montant total de l'assurance prévu pour tous *vos* *comptes* ne peut dépasser le plafond de garantie globale.

Le montant total de la prestation versée au titre de l'assurance vie ou de l'assurance invalidité ne peut en aucun cas dépasser le montant de la *dette assurée* .

Toutes les prestations seront versées au *créancier* , qui les portera au crédit de *votre compte* pour réduire ou éliminer toute *dette assurée* impayée. Le *créancier* est le premier prestataire/bénéficiaire irrévocable.

PRIME

La prime imputée à *votre compte* est calculée en multipliant le taux de la prime mensuelle par chaque tranche de 100 \$ du *solde quotidien moyen* . Chaque mois, le *créancier* *vous* fournira un relevé précisant le montant de la prime facturée.

Les primes et toutes taxes applicables seront :

1. facturées lorsque le *solde quotidien moyen* de votre compte est supérieur à zéro ;
2. facturées quand un relevé est émis ;
3. exigibles avec votre paiement de *compte*; et
4. imputées automatiquement au solde de votre *compte*.

Le taux de la prime peut être modifié tel qu'il est indiqué dans le contrat-cadre. Le taux actuel de la prime mensuelle est indiqué dans le tableau d'assurance à la première page du certificat. Vous devrez alors joindre tout avis de changement au présent certificat. Vous recevrez un avis écrit d'au moins 30 jours avant tout changement.

Couverture

Les prestations sont versées au *créancier* nommé dans le tableau d'assurance à la première page du certificat pour acquitter ou réduire votre dette. Le *créancier* est le premier bénéficiaire irrévocable.

ASSURANCE VIE

Couverture

La protection d'assurance vie commence à la *date d'entrée en vigueur* de l'assurance et prend fin conformément aux dispositions de la rubrique «Cessation de l'assurance» ci-dessous.

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'assurance vie, vous devez :

1. au moment du sinistre, être assuré au titre de l'assurance vie collective – prêts personnels offerte pour votre compte par la Compagnie d'assurance-vie Household; et
2. être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 65 ans.

Prestation d'assurance vie. Si vous décédez le jour de votre 66^e anniversaire ou avant, nous verserons le montant d'assurance en vigueur au moment du décès dès que l'*administrateur* aura reçu une preuve satisfaisante du décès. En cas de décès ou de *mutilation* par accident après votre 66^e anniversaire de naissance, la somme assurée à ce moment-là sera versée une fois que l'*administrateur* aura reçu une preuve satisfaisante de la *mutilation* ou du décès accidentels dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

Somme assurée aux termes de l'assurance vie.

La somme assurée aux termes de l'assurance vie est le montant de la *dette assurée* impayée à la date de votre décès, jusqu'à concurrence du montant maximal d'assurance vie indiqué dans le tableau d'assurance à la première page du certificat. L'assurance vie ne couvre pas les intérêts non gagnés.

Exclusions

Suicide. Aucune prestation n'est versée si vous vous suicidez, que vous soyez ou non sain d'esprit, dans les deux ans suivant la *date d'entrée en vigueur* de votre police d'assurance, mais nous remboursons les primes d'assurance vie que vous avez payées.

ASSURANCE INVALIDITÉ TOTALE

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'assurance invalidité, vous devez :

1. au moment du sinistre, être assuré au titre de l'assurance invalidité collective – prêts personnels offerte pour votre compte par la Compagnie d'assurance-vie Household;
2. être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 65 ans;
3. exercer un emploi à *plein temps* au moment où survient l'invalidité.

Prestation d'assurance invalidité totale. Si vous êtes totalement invalide pendant plus de 14 jours consécutifs, nous versons des prestations à partir du premier jour de l'*invalidité totale*. La prestation est égale à 1/30 de votre *paiement mensuel minimal* ou de la prestation mensuelle maximale en cas d'invalidité indiquée dans le tableau d'assurance à la première page du certificat, selon le moins élevé des deux montants, pour chaque jour d'*invalidité totale* qui est indemnisé. Les prestations mensuelles d'*invalidité totale* ne sont pas versées au-delà de la durée maximale des prestations en cas d'*invalidité totale* (indiquée à la page 1) pour chaque période d'*invalidité totale* continue. Si vous êtes admissible à des prestations d'*invalidité totale* à la date à laquelle vous êtes tenu de rembourser la totalité de votre *dette assurée*, notre responsabilité se limite à un montant égal à votre *paiement mensuel minimal*.

Cessation des prestations d'invalidité totale. Nous cessons de verser des prestations d'*invalidité totale* à la première des éventualités suivantes :

1. Lorsque vous cessez d'être totalement invalide, selon la définition ci-dessus;
2. Lorsque votre *dette assurée* est acquittée;
3. Lorsque nous avons versé des prestations pendant une période égale à la durée maximale des prestations en cas d'*invalidité totale* indiquée dans le tableau d'assurance à la première page du certificat pour une *invalidité totale* continue particulière, ou lorsque nous avons versé des prestations égales au plafond de garantie globale en cas d'*invalidité totale* indiqué dans le tableau d'assurance à la première page du certificat pour l'ensemble des périodes d'invalidité;
4. La date de votre versement final;
5. La date où votre *compte* est remboursé en entier ou refinancé;
6. La date de votre décès. Si vous avez droit après la cessation de l'assurance au remboursement d'une partie de la prime d'assurance, nous la rembourserons au *créancier*, qui vous versera immédiatement le montant ou le portera au crédit de votre *compte*.

ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

Votre assurance invalidité commence à la *date d'entrée en vigueur* de l'assurance sauf si *vous* êtes absent du travail à cause d'une *blessure* ou d'une *maladie*. Le cas échéant, *vous* assurance invalidité entre en *vigueur* à la date à laquelle *vous* retournez travailler.

Exclusions

Nous ne versons aucune prestation et ne remboursons pas la prime si *vous* invalidité est causée par :

1. une grossesse, un accouchement, un avortement ou une fausse-couche;
2. une *blessure* volontaire;
3. un acte de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non;
4. une *blessure* survenue pendant le service militaire pour un pays, quel qu'il soit;
5. la participation à une émeute ou à une insurrection;
6. une déclaration inexacte concernant l'âge;
7. une invalidité survenant dans les six mois suivant la date de *vous* adhésion au titre du présent certificat provoquée par une affection médicale préexistante ou en résultant;
8. une cause non accidentelle pour toute nouvelle invalidité survenant après *vous* 66^e anniversaire de naissance.

CESSATION DE L'ASSURANCE

La présente assurance prend fin automatiquement à la première des éventualités suivantes :

1. La première date d'émission du relevé après que *nous* aurons reçu *vous* demande écrite de mettre fin à l'assurance (N.B. : *vous* demande mettra fin aussi à *vous* assurance au titre des contrats-cadres HSB-C41791 et HSB-11890, respectivement pris en charge par la Compagnie d'assurance-vie Household et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride);
2. La date d'annulation de *vos* privilèges de crédit sur *vous* compte;
3. La date de *vous* versement final;
4. La date où *vous* compte est remboursée en entier ou refinancée;
5. 31 jours suivant la date indiquée sur l'avis d'annulation écrit que *nous* *vous* avons transmis;
6. La date de résiliation de *vous* compte;
7. La première date d'émission du relevé à laquelle tout paiement exigible au titre de *vous* convention de crédit renouvelable est en souffrance depuis trois mois;
8. La date de *vous* décès. Si *vous* avez droit après la cessation de l'assurance au remboursement d'une partie de la prime d'assurance, *nous* la rembourserons au créancier, qui *vous* versera immédiatement le montant ou le portera au crédit de *vous* compte.

La résiliation du contrat-cadre n'aura aucun effet sur *vous* droit de recevoir des prestations pour les sinistres couverts survenus avant ladite résiliation, sous réserve de la clause portant sur l'avis de sinistre. Si le présent certificat doit être résilié pour quelque raison que ce soit, toute prime non acquise :

1. sera calculée au prorata de la période écoulée;
2. sera remboursée rapidement au créancier, qui portera le montant au crédit de *vous* compte.

Aucun remboursement ne sera effectué si le montant est inférieur à 1 \$.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Preuve du décès. Suivant *vous* décès, la personne autorisée doit fournir à l'administrateur une copie certifiée conforme de l'acte de décès.

Avis de sinistre.

Vous devez présenter à l'administrateur un avis de sinistre à l'adresse suivante :

Assurant Solutions
Case postale 7000
Kingston (Ontario) K7L 5V3

L'avis de sinistre doit être présenté :

1. après la période d'attente de 15 jours; et
2. dans un délai de 50 jours suivant le début d'une invalidité couverte, ou dès qu'il est raisonnablement possible par la suite.
3. dès qu'il est raisonnablement possible pour une réclamation en cas de décès.

Le défaut de produire cette preuve dans les délais prévus n'annule ni ne réduit la demande s'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve dans les délais prévus, à condition que la preuve soit fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire par la suite.

Formulaires de demande de règlement. Dès réception d'un avis écrit de sinistre, l'*administrateur* vous fournira les formulaires d'usage afin que vous puissiez faire la preuve de l'invalidité. Si ces formulaires ne sont pas fournis dans les 15 jours suivant l'avis de sinistre, vous êtes réputé vous être conformé aux exigences relatives à la preuve d'invalidité en présentant, dans le délai prévu pour faire la preuve de l'invalidité, une preuve écrite qui atteste la survenance, la nature et l'étendue de l'invalidité faisant l'objet de votre demande.

Procédures de plainte. Pour toute plainte ou question au sujet de la présente assurance pour votre compte, veuillez téléphoner au 1-866-405-4722 (clients HSBC Premier) et au 1 866 406 4722 (tous les autres clients). Nous ferons tout notre possible pour résoudre votre plainte ou répondre à votre question. Si, pour quelque raison que ce soit, vous n'obtenez pas satisfaction, vous pouvez adresser la plainte ou la question par écrit aux coordonnées suivantes :

Ombudsman des assurances de personnes
401, rue Bay, bureau 1507, Boîte postale 7
Toronto (Ontario), M5H 2Y4.

Si votre plainte ou votre question porte sur des dispositions de la loi fédérale visant les consommateurs, veuillez communiquer avec l'Agence de la consommation en matière financière du Canada, au 1-866-461-2232 ou par écrit, au 427, rue Laurier ouest, 6^e étage, Ottawa (Ontario) K1R 1B9.

Preuve d'invalidité. Des preuves d'invalidité doivent être fournies par écrit à l'*administrateur* dans le cas d'une demande de règlement eu égard à une invalidité au sujet de laquelle la police prévoit des paiements périodiques dans le cas d'une invalidité continue, dans les 90 jours qui suivent la fin de la période durant laquelle nous sommes responsables. Le défaut de produire cette preuve dans les délais prévus n'annule ni ne réduit la demande s'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve dans les délais prévus, à condition que la preuve soit fournie dès qu'il est raisonnablement possible de le faire par la suite, mais moins d'un an après la date prévue, sauf si vous n'avez pas la capacité légale de le faire.

Période de paiement des demandes de règlement. Sous réserve d'une preuve d'invalidité écrite en bonne et due forme, toutes les prestations accumulées pour *invalidité totale* à l'égard de laquelle le contrat-cadre prévoit un paiement périodique sont versées chaque mois et tout solde qui demeure impayé à la fin de la période de notre responsabilité est versé immédiatement sur réception d'une preuve écrite en bonne et due forme.

Règlement des demandes. Les prestations payables sont versées au créancier dans la mesure des intérêts du créancier. Les intérêts du créancier à l'égard de la police sont la somme de la dette, le cas échéant, que vous devez au créancier au moment où la demande de règlement est faite.

Examen physique et autopsie. L'*administrateur* a le droit et la possibilité d'examiner votre personne, à nos frais, au moment et aussi souvent qu'il le demande raisonnablement pendant qu'un sinistre est à l'étude. L'*administrateur* a de plus le droit de faire faire une autopsie en cas de décès, à moins que la loi ne nous l'interdise.

Couvertures multiples – Pas de prestations multiples

L'assurance invalidité, l'assurance vie et l'assurance mutilation ou décès accidentels qui vous sont fournies en vertu du contrat-cadre HSB-C41791 ainsi que l'assurance perte d'emploi involontaire et l'assurance invalidité requérant une hospitalisation qui vous sont fournies en vertu du contrat-cadre HSB-11890 forment un ensemble de régimes d'assurances crédit collective que nous et American Bankers Compagnie d'Assurances Générales de la Floride vous offrons par l'entremise du créancier. Ces régimes d'assurance crédit collective comportent les garanties suivantes : i) invalidité, ii) vie, iii) mutilation ou décès accidentels, iv) invalidité requérant une hospitalisation et iv) perte d'emploi involontaire.

Aucune prestation qui vous a déjà été payée aux termes de l'une des assurances mentionnées ne sera payée aux termes d'une autre assurance prise en charge par la Compagnie d'assurance-vie Household et American Bankers Compagnie d'Assurances Générales de la Floride pour la même cause de sinistre. Si vous êtes simultanément admissible à une prestation pour plus d'un sinistre assuré couvert par le présent certificat et par le certificat de la American Bankers, la prestation versée se limitera à la somme la plus élevée. **Vous serez par conséquent admissible à une seule prestation à la fois.**

Poursuite judiciaire. Vous ne pouvez pas tenter de poursuite contre nous pour toucher des prestations avant la fin d'une période de 60 jours suivant la présentation d'une preuve d'invalidité écrite, comme il est stipulé ci-dessus. Aucune procédure de ce genre ne peut être intentée après l'expiration du délai de trois ans après la date à laquelle la preuve d'invalidité doit être fournie.

Légalité. Toute disposition du contrat-cadre qui, à la date d'entrée en vigueur de ce dernier, vient en conflit avec les lois du territoire où le contrat-cadre a été délivré ou émis en vue d'être délivré est par les présentes modifiée en vue de la rendre conforme aux exigences minimales de ces lois.

Le contrat-cadre est en la possession de l'assureur et vous pouvez l'examiner durant les heures ouvrables au siège social de la Compagnie d'assurance-vie Household, au 5100, rue Sherbrooke Est, bureau 100, Montréal (Québec) H1V 3R9. Veuillez communiquer avec ce bureau si vous avez des questions concernant les dispositions de cette assurance.

Le présent certificat d'assurance remplace et annule tout autre certificat, le cas échéant, établi en vertu du contrat-cadre au nom de l'emprunteur assuré nommé ci-dessus relativement à la convention de crédit renouvelable de l'emprunteur.

L'assurance vie et invalidité collective – prêts personnels est facultative et ne constitue pas une condition d'obtention de crédit.

L'information sur l'assurance contenue dans les présentes est importante et nous vous recommandons de conserver ce certificat en lieu sûr. Les déclarations sont un résumé du contrat-cadre; elles ne font pas toutefois partie du contrat-cadre et ne sont pas des conditions du contrat d'assurance.

Cession

Le présent certificat ne peut être cédé. Vous ne pouvez céder aucun de vos droits.

Le président et chef de la direction,



PATRICK A. COZZA

Trois conseils utiles

1. Lisez la section pertinente de cette police avant d'appeler.
2. Écrivez *vos* questions avant d'appeler pour ne pas oublier de les poser.
3. Ayez *votre* numéro de *compte* à portée de la main.

Demandes de règlement et questions

Titulaires d'un *compte* MasterCard de la
Banque HSBC Canada

Numéro sans frais : 1-866-668-8228
de 8 h à 20 h, du lundi au vendredi

L'*administrateur* vous aidera à présenter *votre* demande de règlement ou répondra à toute question concernant le régime d'assurance.

Ou écrivez à l'*administrateur* :

Assurant Solutions

Case postale 7000

Kingston (Ontario) K7L 5V3

***Votre* certificat d'assurance est un document important. Veuillez le garder en lieu sûr.**

« Emploi saisonnier » signifie tout emploi qui :

1. commence et se termine à la même période chaque année; et
2. fournit du travail pendant moins de neuf (9) mois par année.

« En vigueur » signifie que ce certificat a pris effet, que les primes sont payées et que toutes les conditions sont respectées.

« Hospitalisation » signifie que vous êtes confiné dans un hôpital agréé et légalement constitué qui fournit des soins infirmiers 24 heures sur 24 par des infirmiers autorisés qui est sous la surveillance médicale d'un médecin autorisé.

« Nous », « notre » et « nos » désignent American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride.

« Paiement mensuel minimal » signifie le paiement mensuel minimal calculé selon les modalités de votre convention de compte tel qu'il est déterminé à la date de votre perte d'emploi involontaire ou au premier jour de votre invalidité requérant une hospitalisation. Le paiement mensuel minimal demeure le même durant toute la période de votre chômage involontaire pour le calcul des prestations. Si votre solde impayé augmente pendant que vous recevez des prestations, vous devrez payer toute portion du paiement mensuel exigé par le créancier qui dépasse le montant de la prestation.

« Perte d'emploi involontaire » signifie la cessation ou la suspension de votre emploi qui se produit pendant que l'assurance est en vigueur, 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.

« Solde quotidien moyen » signifie le montant utilisé pour calculer la prime d'assurance pour un compte renouvelable. Il est déterminé en additionnant le solde impayé (incluant les intérêts, la prime de l'assurance-crédit et les autres frais) de chaque jour du cycle de facturation et en divisant le total par le nombre de jours compris dans le cycle de facturation.

« Vous », « votre » et « vos » désignent le titulaire de compte assuré au nom duquel le compte est établi et qui a été accepté pour l'assurance offerte aux termes du contrat-cadre. Si le compte est établi au nom de plus d'une personne, « vous », « votre » et « vos » désignent la personne nommée en premier sur le relevé de facturation.

NATURE ET ÉTENDU DE L'ASSURANCE

En contrepartie du paiement des primes, nous vous assurerons relativement aux achats effectués ou aux frais accumulés aux termes de votre convention de compte. La couverture se rapporte aux types d'assurance mentionnés dans le présent certificat, sous réserve des modalités du contrat-cadre que nous avons émis au créancier.

Cette assurance vous couvre jusqu'à concurrence du ou des montants maximaux indiqués dans le tableau d'assurance du présent certificat. Le montant d'assurance applicable pour un compte particulier sera limité à la prestation globale maximale indiquée dans le tableau d'assurance.

Si vous avez plus d'un compte :

1. le plafond de garantie globale indiqué dans le tableau d'assurance du présent certificat s'applique; et
2. le montant total de l'assurance prévu pour tous vos comptes ne peut dépasser le plafond de garantie globale.

Le montant total de l'indemnité versée pour une perte d'emploi involontaire ou pour une invalidité requérant une hospitalisation ne peut en aucun cas dépasser le montant de la dette assurée.

Toutes les prestations seront versées au créancier, qui les portera au crédit de votre compte pour réduire ou éliminer toute dette assurée impayée. Le créancier est le premier bénéficiaire irrévocable.

PRIME

La prime imputée à votre compte est calculée en multipliant le taux de la prime mensuelle par chaque tranche de 100 \$ du solde quotidien moyen. Chaque mois, le créancier vous fournira un relevé précisant le montant de la prime facturée.

Les primes et toutes taxes applicables seront :

1. facturées lorsque le solde quotidien moyen de votre compte est supérieur à zéro;
2. facturées quand un relevé est émis;
3. dues avec votre paiement de compte; et
4. imputées automatiquement à votre compte.

Le taux de la prime peut être modifié tel qu'il est indiqué dans le contrat-cadre. Vous recevrez un avis écrit avant tout changement au moins trente (30) jours au préalable. Vous devrez alors joindre tout avis de changement au présent certificat. Le taux actuel de la prime mensuelle est indiqué dans le tableau d'assurance du présent certificat.

PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

Couverture

Nous verserons des prestations pour votre perte de revenu d'emploi causée par une perte d'emploi involontaire, y compris les pertes d'emploi temporaires attribuables à un conflit de travail.

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations de perte d'emploi involontaire, vous devez :

1. à la date du sinistre, être assuré au titre de l'assurance-crédit collective en cas d'invalidité offerte pour votre compte par la Compagnie d'assurance-vie Household; et
2. exercer un emploi rémunéré à plein temps avant la date du sinistre.

Prestations de perte d'emploi involontaire

Nous verserons des prestations de perte d'emploi involontaire si vous :

1. avez subi une perte d'emploi involontaire ou êtes sans emploi en raison d'un conflit de travail, d'une grève ou d'un lock-out; et
2. demeurez sans emploi pendant plus de 15 jours consécutifs (la « période d'attente »).

Les prestations seront versées au créancier :

1. mensuellement; et
2. après la période d'attente de 15 jours.

La prestation mensuelle représentera le paiement mensuel minimal basé sur le solde impayé de votre compte à la date de la perte d'emploi involontaire.

Nonobstant la résiliation de l'assurance prévue aux termes du présent certificat après que les prestations deviennent payables, les paiements mensuels continueront jusqu'à la première des éventualités suivantes :

1. vous retournez au travail à plein temps;
2. quatre (4) paiements mensuels ont été effectués au cours de n'importe quelle année civile;
3. la dette assurée a été remboursée par nous; ou
4. le montant maximal des prestations globales mentionnées dans le tableau d'assurance du présent certificat a été payé.

Les prestations demeureront les mêmes pendant toute la période de versement des prestations à moins que vous ne nous fournissiez des renseignements supplémentaires qui justifieraient un redressement.

Preuve de perte d'emploi involontaire

Pour avoir droit aux prestations de perte d'emploi involontaire, à moins d'être sans emploi en raison d'un conflit de travail, d'une grève ou d'un lock-out, vous devez confirmer que vous êtes inscrit et admissible aux prestations d'assurance-emploi auprès des Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC).

Votre inscription doit se faire dans les 15 jours suivant la date de votre perte d'emploi involontaire et doit se poursuivre pendant toute la période de versement des prestations aussi longtemps que vous demeurez admissible aux prestations d'assurance-emploi, faute de quoi les paiements seront suspendus jusqu'au moment de votre inscription ou réinscription.

À notre demande, vous devrez présenter une preuve de votre chômage involontaire continu en soumettant une déclaration sous serment (effectuée au Canada sur un formulaire fourni par nous et signé par vous et par un témoin) qui atteste la poursuite de votre chômage involontaire.

Réadmissibilité

Vous serez de nouveau admissible à des prestations de perte d'emploi involontaire après l'épuisement des prestations dans le cadre d'une demande de règlement pour perte d'emploi involontaire lorsque vous devenez réadmissible à des prestations d'assurance-emploi auprès des Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC).

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée si la perte d'emploi involontaire résulte de ce qui suit :

1. retraite;
2. cessation d'emploi volontaire;
3. perte d'un emploi saisonnier;
4. grossesse, exception faite de ses complications physiques;
5. congédiement justifié;
6. invalidité totale (mentale ou physique) (N. B. : vous pourriez avoir droit à des prestations d'invalidité totale de la Compagnie d'assurance-vie Household; communiquez avec votre créancier pour obtenir un formulaire de demande de règlement pour invalidité totale);
7. condamnation pour un acte visé au Code criminel du Canada; ou
8. perte d'un emploi temporaire ou à temps partiel.

Les travailleurs indépendants ne sont pas admissibles aux prestations de perte d'emploi selon les politiques des Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC).

INVALIDITÉ REQUÉRANT UNE HOSPITALISATION

Couverture

Nous verserons une prestation pour votre invalidité requérant une hospitalisation causée par une blessure corporelle accidentelle ou une maladie.

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité requérant une hospitalisation, à la date d'entrée en vigueur de ce certificat, vous devez être :

1. assuré au titre du contrat-cadre; et
2. assuré au titre de l'assurance-crédit collective en cas d'invalidité offerte pour votre compte par la Compagnie d'assurance-vie Household à la date du sinistre.

Prestations d'invalidité requérant une hospitalisation

Nous verserons des prestations d'invalidité requérant une hospitalisation si vous :

1. êtes hospitalisé à la suite d'une blessure corporelle accidentelle ou d'une maladie; et
2. êtes hospitalisé pendant au moins 24 heures ou pendant plus de 30 jours consécutifs.

Prestations versées au créancier

1. Si vous êtes hospitalisé pendant au moins 24 heures, le paiement initial sera égal au paiement mensuel minimal calculé en fonction du solde impayé de votre compte à la date de l'invalidité requérant une hospitalisation; ou
2. Si vous êtes hospitalisé pendant plus de 30 jours consécutifs, nous rembourserons la dette assurée à la date de votre invalidité initiale requérant une hospitalisation moins la prestation versée antérieurement pour les 24 premières heures de votre invalidité requérant une hospitalisation.

Réadmissibilité

Votre invalidité requérant une hospitalisation sera considérée comme la prolongation d'une invalidité antérieure (i) s'il y a moins de 30 jours entre les deux périodes, et (ii) si les deux périodes résultent de la même maladie ou de la même blessure corporelle. Vous serez de nouveau admissible à des prestations d'invalidité requérant une hospitalisation après l'épuisement des prestations dans le cadre d'une demande de règlement pour invalidité requérant une hospitalisation à moins qu'elle ne soit considérée comme la prolongation d'une invalidité antérieure.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée si l'invalidité requérant une hospitalisation :

1. est soignée 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 personnes toxicomanes ou alcooliques;
2. est soignée dans un hôpital à l'extérieur du Canada ou des États-Unis;

Ou résulte de ce qui suit :

1. une blessure auto-infligée intentionnelle;
2. une guerre ou un conflit militaire, déclarés ou non;
3. une chirurgie esthétique électorale;
4. la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel; ou
5. une grossesse normale.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Avis de sinistre

Un avis de sinistre aux termes du présent certificat doit nous être présenté à l'adresse suivante :

Assurant Solutions

C. P. 7000

Kingston (Ontario) K7L 5V3

L'avis de sinistre doit nous être présenté :

1. après la période d'attente de 15 jours; et
2. dans un délai de 90 jours à compter de la date du sinistre.

L'omission de fournir la preuve du sinistre dans le délai prévu ne pourra invalider ou réduire une demande de règlement s'il n'était pas raisonnablement possible de le faire, à condition qu'elle soit fournie dès que cela est raisonnablement possible.

Formulaires de demande de règlement

Nous vous enverrons un formulaire de demande de règlement pour la présentation de la preuve du sinistre dans un délai de 15 jours suivant notre réception de l'avis de sinistre. Vous devez remplir le formulaire et nous le retourner dans un délai de 90 jours à compter de la date du sinistre.

Pendant la période de versement des prestations

La protection ne s'applique pas aux achats effectués, aux frais engagés et aux avances de fonds obtenues après la date du sinistre et pendant que vous recevez des prestations selon les termes du présent certificat.

Traitement des plaintes

Si vous avez une plainte ou une demande de renseignements concernant n'importe quel élément de cette assurance offerte pour votre compte, veuillez composer le 1 866 668-8228. Nous ferons de notre mieux pour régler votre plainte ou votre demande. Si, toutefois votre plainte ou votre demande de renseignements n'est pas réglée à votre entière satisfaction, vous pouvez faire parvenir votre plainte ou demande de renseignements par écrit à :

Ombudsman des assurances de personnes

401, rue Bay, bureau 1507, Boîte postale 7

Toronto (Ontario), M5H 2Y4.

Si votre demande ou plainte concerne une disposition quelconque d'une loi fédérale portant sur les consommateurs, veuillez communiquer avec l'Agence de la consommation en matière financière du Canada en composant le 1 866 461-2232 ou en écrivant à l'adresse : 427, avenue Laurier Ouest, 6e étage, Ottawa (Ontario), K1R 1B9.

Admissibilité – Limites d'âge

Pour être admissible à cette assurance vous devez, à la date d'entrée en vigueur de votre certificat :

1. être âgé d'au moins 18 ans;
2. ne pas avoir atteint l'âge de 66 ans; et
3. demander la présente assurance.

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 :
 - a. âgé de moins de 18 ans; ou
 - b. âgé de 66 ans ou plus.

Incontestabilité

Nous ne contesterons pas l'assurance après qu'elle aura été continuellement en vigueur pendant deux (2) ans au cours de votre vie, sauf en cas de fraude.

Poursuite judiciaire intentée contre nous

Aucune poursuite ne peut être intentée contre nous, à moins qu'elle le soit dans le délai applicable établi par la loi.

Durée de l'assurance

L'assurance prévue aux termes du présent certificat commencera à la date d'entrée en vigueur. Elle prendra fin à la première des éventualités suivantes :

1. la première date d'émission du relevé après que nous aurons reçu votre demande écrite de mettre fin à l'assurance (N. B. : votre demande mettra fin aussi à votre assurance au titre du contrat-cadre no HSB-C41791 qui est prise en charge par la Compagnie d'assurance-vie Household);
2. la date d'annulation de vos privilèges de crédit sur votre compte;
3. la première date d'émission du relevé après votre 66^e anniversaire de naissance;
4. 31 jours à compter de la date à laquelle vous recevrez notre avis écrit, envoyé par courrier de première classe à votre dernière adresse connue, portant sur la résiliation de la présente assurance en raison de la résiliation du contrat-cadre;
5. la date de résiliation de votre compte; ou
6. la première date d'émission du relevé à laquelle tout paiement exigible à votre compte est en souffrance depuis trois (3) mois.

La résiliation du contrat-cadre ne portera aucun préjudice aux sinistres survenus avant ladite résiliation, sous réserve de la clause portant sur l'avis de sinistre. Si le présent certificat doit être résilié pour quelque raison que ce soit, toute prime non acquise :

1. sera calculée selon la règle proportionnelle; et
2. dans les plus brefs délais, sera remboursée au créancier, qui portera le montant au crédit de votre compte.

Aucun remboursement ne sera effectué si le montant est inférieur à 1 \$.

Changements

Un avis envoyé à tout mandataire ou à toute autre personne n'a pas pour effet de modifier le présent certificat ni de mettre fin aux droits que nous pouvons avoir en vertu du certificat. Les modalités de ce certificat 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 fourni à l'avance.

Assurances multiples sans prestations multiples

L'assurance perte d'emploi involontaire et l'assurance invalidité requérant une hospitalisation qui vous sont fournies en vertu du contrat-cadre n^o HSB-11890 ainsi que l'assurance invalidité totale et l'assurance vie qui vous sont fournies en vertu du contrat-cadre n^o HSB-C41791 forment un ensemble de prestations d'assurance-crédit collective que nous et la Compagnie d'assurance-vie Household vous offrons par l'entremise du créancier. Ces régimes d'assurance-crédit collective comportent une protection en cas (i) de perte d'emploi involontaire, (ii) d'invalidité requérant une hospitalisation, (iii) d'invalidité totale et (iv) de décès.

Aucune prestation qui vous a déjà été payée aux termes de l'une des assurances mentionnées ne sera payée aux termes d'une autre assurance prise en charge par la Compagnie d'assurance-vie Household pour la même cause de sinistre. Si vous êtes simultanément admissible à une prestation pour plus d'un sinistre assuré couvert par le présent certificat et le certificat émis par la Compagnie d'assurance-vie Household, la prestation versée se limitera à la somme la plus élevée. **Vous serez par conséquent admissible à une seule prestation à la fois.**

Cession

Le présent certificat ne peut être cédé. Vous ne pouvez céder aucun de vos droits.

Fausse déclaration et fraude

Toutes vos déclarations sont considérées comme des représentations et non des garanties, sauf en cas de fraude.



Keith Demmings
Agent principal au Canada

Trois conseils utiles

1. Lisez la section pertinente de cette police avant d'appeler.
2. Écrivez vos questions avant d'appeler pour ne pas oublier de les poser.
3. Ayez votre numéro de compte à portée de la main.

Demandes de règlement et questions

American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride, compagnie de Assurant Solutions^{up.MC}_{up0}.
Voici le numéro sans frais que Assurant Solutions met à la disposition des titulaires de la carte MasterCard de la Banque HSBC Canada :

1 866 668-8228
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 d'assurance.

Ou écrivez-nous à :
Assurant Solutions
C. P. 7000
Kingston (Ontario) K7L 5V3

Votre certificat d'assurance est un document important. Veuillez le garder en lieu sûr.