

mbna

CréditSage<sup>MD</sup>

— Exclusivement pour les titulaires de carte MBNA —

Nom et adresse du débiteur assuré :

This Certificate of Insurance is also available in English.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## CE QUE VOUS OBTENEZ

Nous certifions que vous êtes assuré en vertu de ce Certificat, sujet aux dispositions des contrats-cadres indiqués dans le sommaire, pendant que vous payez les primes requises. Cette assurance est offerte en fonction du solde impayé de votre compte renouvelable indiqué dans le sommaire. Lorsqu'il n'y a pas de solde, il n'y a pas d'assurance.

## CE QUE VOUS PAYEZ

La prime de cette assurance sera imputée à votre compte et figurera sur votre relevé de compte pour chaque cycle de facturation où vous avez un solde. Pour déterminer la prime, le taux indiqué dans le sommaire sera appliqué au plus élevé des montants suivants : le solde à la fin de la période de facturation, le solde quotidien moyen ou le solde assujéti à des frais de financement, jusqu'à concurrence de 20 000 \$. Nous vous aviserons de toute augmentation de taux.

## CE QUE NOUS PAYONS

Les couvertures d'assurance fournies en vertu des contrats-cadres font parties des couvertures d'assurance crédit offertes par American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride (LUZ (9/05) R-1) et American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride (WFR1 (9/05) R-1) par l'entremise de MBNA. Vous, ou toute autre personne qui présente une demande de règlement au titre du présent Certificat d'assurance, pouvez demander un exemplaire des contrats-cadres et/ou une copie de votre proposition d'assurance pour la couverture CréditSage en communiquant avec nous à notre bureau dont l'adresse est mentionnée à la section « Demandes de réclamation et questions ». Ces couvertures d'assurance-crédit comprennent i) le décès par accident, ii) les maladies graves, iii) le chômage involontaire, iv) la perte de travail indépendant due à une faillite, v) l'invalidité et vi) la mutilation accidentelle. En cas de modification ou de remplacement des contrats-cadres, vous reconnaissez et convenez que votre demande de couverture aux termes des présents contrats-cadres sera considérée comme étant une demande de couverture aux termes des contrats-cadres modifiés ou remplacés.

L'obligation globale maximale en vertu de toutes ces couvertures pour tout sinistre donnant lieu à une réclamation est de 30 000 \$. Aucune prestation déjà payée en vertu de l'une ou l'autre des couvertures susmentionnées ne sera payée en vertu d'une autre couverture pour le même sinistre. Si vous êtes simultanément admissible à une prestation pour plus d'un sinistre assuré et couvert par le présent Certificat, la prestation versée se limitera à la somme la plus élevée. Vous serez par conséquent admissible à une seule prestation à la fois.

## CE QUE NOUS NE PAYONS PAS

Nous ne verserons aucune prestation qui dépasse le moindre du solde de votre compte à la date du sinistre ou du montant maximal de l'assurance indiqué au sommaire. Si vous faites une fausse déclaration de votre âge et, si votre âge réel vous aurait rendu inadmissible à l'assurance, aucune prestation ne sera versée et les primes payées pour toute période d'inadmissibilité vous seront intégralement remboursées.

## À QUI NOUS PAYONS

Nous verserons des prestations directement au créancier et le créancier portera les paiements à votre compte pour réduire ou régler entièrement le solde impayé à la date du sinistre.

## QUAND SE TERMINE L'ASSURANCE

L'assurance prend fin automatiquement lorsque :

1. vous recevez un avis, 30 jours au préalable, vous avisant que les contrats-cadres ont été résiliés; ou
2. vous informez American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride et/ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride ou MBNA que vous voulez mettre fin à l'assurance.

Les couvertures d'assurance en cas de maladie grave, de chômage involontaire, de perte de travail indépendant et en cas d'invalidité prennent fin automatiquement dès que vous atteignez l'âge de 70 ans. Les couvertures d'assurance en cas de décès par accident et de mutilation accidentelle resteront en vigueur après que vous atteignez 70 ans.

Si, à quelque moment que ce soit, votre compte auprès du créancier est en souffrance depuis plus de 90 jours, aucune prestation ne sera versée en vertu du présent Certificat et aucune prime ne sera facturée pour la couverture offerte en vertu des présentes jusqu'à la prochaine période de facturation suivant le moment où votre compte auprès du créancier n'est plus en souffrance depuis plus de 90 jours. Lorsque votre compte ne sera plus en souffrance (depuis plus de 90 jours), la prime sera imputée à votre compte à partir de la prochaine période de facturation suivant le mois où votre compte n'est plus en souffrance depuis plus de 90 jours et vous serez admissible par la suite aux prestations offertes par les présentes, sujet aux dispositions du présent Certificat.

## COMMENT VOS DÉCLARATIONS AFFECTENT CE CERTIFICAT

Toutes vos déclarations sont considérées comme étant faites au meilleur de vos connaissances et croyances. Aucune déclaration ne peut être utilisée pour résilier cette assurance ou refuser une demande de réclamation à moins qu'elle ne soit faite par écrit et signée par vous-même et que nous vous en ayons fourni une copie. Après les deux ans suivant la date d'entrée en vigueur, l'omission de divulguer un fait ou une déclaration inexacte

## SOMMAIRE

**Créancier/Bénéficiaire :**  
La Banque Toronto-Dominion  
(désignée par « MBNA »)

**Montant maximal de l'assurance :**  
30 000 \$

**Taux mensuel de la prime par tranche de 100 \$ de la Dette assurée :**  
0,99 \$ (plus les taxes applicables)

**Date d'entrée en vigueur :**

**Numéro des contrats-cadres :**  
WFR1 (9/05) R-1  
et LUZ (9/05) R-1

**Numéro de compte :**

portant sur un fait avant cette date ne peut être utilisée pour résilier cette assurance ou refuser une demande de réclamation, sauf dans le cas de fraude.

## CONFORMITÉ AUX LOIS

Si, à la date d'entrée en vigueur indiquée dans le sommaire, une partie quelconque de ce Certificat contrevient aux lois régissant ce Certificat, les conditions des lois concernées prévaleront.

## PÉRIODE DE 30 JOURS POUR EXAMINER CE CERTIFICAT

Si vous avez des questions concernant cette assurance ou si vous désirez l'annuler, veuillez composer le 1 800 262-3198 (français) ou le 1 800 340-4717 (anglais). Vous pouvez nous retourner ce Certificat pour obtenir un remboursement intégral dans les 30 jours suivant sa réception si vous n'êtes pas entièrement satisfait. Retournez-le à notre bureau dont l'adresse est mentionnée à la section « Demandes de réclamation et questions » ou à MBNA, C. P. 9621, Ottawa (Ontario) K1G 6G4. Une fois reçu, les primes versées vous seront remboursées et ce Certificat sera considéré comme n'ayant jamais existé.

## POURSUITE JUDICIAIRE

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 ou par toute autre loi applicable.

## TRAITEMENT DES PLAINTES

Si vous avez une plainte ou une demande de renseignements concernant l'assurance offerte sur votre compte, veuillez nous appeler sans frais au 1 800 262-3198. Nous nous efforçons de régler les plaintes et les demandes de renseignements rapidement et équitablement. Si, toutefois, votre plainte ou votre question n'a pas été réglée à votre entière satisfaction, veuillez communiquer avec l'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) aux coordonnées suivantes : Adresse postale : 2001, rue University, 17<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H3A 2A6 À l'attention de la directrice générale  
Téléphone : 1 866 582-2088 Site Web : www.oapcanada.ca  
Pour plus de renseignements sur le processus d'acheminement et de règlement des plaintes de Assurant Solutions, veuillez vous rendre au www.assurantsolutions.ca.

Si votre plainte ou question concerne une violation possible des lois fédérales sur la protection du consommateur, veuillez communiquer avec l'Agence de la consommation en matière financière du Canada (ACFC) aux coordonnées suivantes : Adresse postale : 427, avenue Laurier Ouest, 6<sup>e</sup> étage, Ottawa (Ontario) K1R 1B9  
Téléphone : 1 866 461-2232 Télécopieur : 1 866 814-2224 Site Web : www.fcac-acfc.gc.ca.

## CERTIFICAT D'ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT

Solde impayé - Assurance de crédit renouvelable

AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE DE LA FLORIDE

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

### CE QUE NOUS PAYONS

Si vous décédez des suites d'un accident lorsque vous êtes assuré, nous verserons une prestation égale à la Dette assurée à la date de votre décès.

« **Dette assurée** » signifie le moindre du solde impayé de votre compte à la date du décès ou du montant maximal de l'assurance mentionné dans le sommaire.

### CE QUE NOUS NE PAYONS PAS

Aucune couverture n'est offerte en vertu du présent Certificat et aucune prestation ne sera versée si vous décédez de l'une ou l'autre des exclusions suivantes :

1. suicide ou automutilation, que vous soyez sain d'esprit ou non;
2. décès résultant d'une guerre ou d'un acte de guerre, déclaré ou non;
3. décès causé par ou résultant de l'usage ou de la prise de narcotiques, barbituriques, ou toute médication prescrite sauf si prise ou utilisée telle que prescrite par un médecin, ou

toute médication en vente libre sauf si utilisée conformément aux directives du fabricant;

4. décès découlant de votre intoxication, tel que décrété par la loi de la juridiction où l'accident a eu lieu;
5. décès lors d'un vol dans un aéronef ou appareil de navigation aérienne, sauf à titre de passager et aux fins de déplacement seulement (ni pilote ni membre de l'équipage);
6. décès survenu en commettant ou en tenant de commettre une agression ou autre crime;
7. décès des suites d'une maladie ou affection, d'un handicap mental ou physique, ou du traitement médical ou chirurgical de ceux-ci;
8. décès des suites d'une infection bactérienne (sauf découlant d'une blessure externe);
9. décès des suites d'un accident d'automobile engagée dans une course ou une épreuve de vitesse;
10. décès des suites d'un accouchement normal ou d'une interruption de grossesse volontaire;

11. décès des suites d'une participation à une émeute; ou
12. la couverture n'inclut pas le vol dans un aéronef que vous ou votre employeur possédez, pilotez ou louez ou qui est piloté ou loué pour vous ou votre employeur.

### RÈGLES POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT

Votre succession doit nous aviser par écrit du décès par accident pour lequel elle soumet une demande de prestations dans les 30 jours du décès. Nous leur transmettrons un formulaire de réclamation dans les 15 jours suivant la réception d'un tel avis. Nous devons également recevoir dans les 90 jours du décès, tous les renseignements requis au soutien de la réclamation, incluant un certificat de décès ou toute autre preuve légale de décès. Lorsque votre succession démontre qu'elle a été dans l'impossibilité d'agir dans les délais prévus, elle ne sera pas pour autant empêché de toucher les prestations pourvu que les renseignements requis nous soient transmis dans l'année qui suit le décès.

## CERTIFICAT D'ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE

Solde impayé - Assurance de crédit renouvelable

AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE DE LA FLORIDE

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

### CE QUE NOUS PAYONS

Si vous subissez une mutilation à la suite d'un accident lorsque vous êtes assurée, nous verserons une prestation égale à la Dette assurée à la date de l'accident.

« **Mutilation** » signifie toute blessure corporelle qui se produit par accident directement et indépendamment de toute autre cause et qui n'entraîne pas le décès de l'assuré mais qui entraîne la perte totale et définitive d'une main au niveau ou au-dessus du poignet ou d'un pied au niveau ou au-dessus de la cheville ou la perte complète et irréversible de la vision d'un œil.

« **Dette assurée** » signifie le moindre du solde impayé de votre compte à la date de l'accident ou du montant maximal de l'assurance mentionné dans le sommaire.

### CE QUE NOUS NE PAYONS PAS

Aucune couverture n'est offerte en vertu du présent Certificat et aucune prestation ne sera versée si votre Mutilation résulte de l'une ou l'autre des exclusions suivantes :

1. automutilation, que vous soyez sain d'esprit ou non;
2. perte résultant d'une guerre ou d'un acte de guerre, déclaré ou non;
3. perte lors d'un vol dans un aéronef ou appareil de navigation aérienne, sauf à titre de passager et aux fins de déplacement seulement (ni pilote ni membre de l'équipage);
4. perte survenue en commettant ou en tenant de commettre une agression ou autre crime;
5. perte à la suite d'une maladie ou affection, d'un handicap mental ou physique, ou du traitement médical ou chirurgical de ceux-ci;
6. perte à la suite d'une infection bactérienne (sauf découlant d'une blessure externe);
7. perte à la suite d'un accident d'automobile engagée dans une course ou une épreuve de vitesse; ou
8. perte découlant de votre intoxication, tel que décrété par la loi de la juridiction où l'accident a eu lieu.

### RÈGLES POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE

Vous devez nous aviser par écrit de la Mutilation accidentelle pour laquelle vous soumettez une demande de prestations dans les 30 jours suivant la Mutilation. Nous vous transmettrons un formulaire de réclamation dans les 15 jours suivant la réception d'un tel avis. Nous devons également recevoir dans les 90 jours suivant la Mutilation accidentelle, une preuve médicale de la Mutilation accidentelle, incluant les circonstances entourant la Mutilation. La preuve de la Mutilation accidentelle doit être signée par un médecin autorisé à exercer sa profession autre que vous-même. Lorsque vous démontrez qu'il vous a été impossible d'agir dans les délais prévus, vous ne serez pas pour autant empêché de toucher les prestations pourvu que les renseignements requis nous soient transmis dans l'année qui suit la Mutilation accidentelle.

## CERTIFICAT D'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

Solde impayé - Assurance de crédit renouvelable

AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE DE LA FLORIDE

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

### CE QUE NOUS PAYONS

Lorsque vous êtes assuré, nous verserons une prestation égale à la Dette assurée à la date du premier diagnostic indiquant que vous êtes atteint ou souffrez de l'une des maladies ou affections suivantes : crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, cancer, coma, coronaropathie (ne concerne que le pontage coronarien), importante greffe d'organe, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, paralysie, insuffisance rénale, Alzheimer ou cécité totale. Nous nous réservons le droit d'exiger une preuve médicale émise par un médecin autorisé à exercer sa profession autre que vous-même.

« **Dette assurée** » signifie le moindre du solde impayé de votre compte à la date du diagnostic ou du montant maximal de l'assurance mentionné dans le sommaire.

### CE QUE NOUS NE PAYONS PAS

Les exclusions suivantes s'appliquent :

1. si la maladie ou l'affection fut diagnostiquée pour la première fois dans les 60 jours suivant la date d'entrée en vigueur indiquée au sommaire;
2. si la maladie ou l'affection fut diagnostiquée avant la date d'entrée en vigueur indiquée au sommaire sans qu'une période d'au moins 180 jours consécutifs ne se soit pas écoulée sans que vous ne ressentiez de symptômes, ayez consulté et/ou reçu des traitements médicaux incluant la prise de médicaments pour une telle maladie ou affection;
3. si la maladie ou l'affection ne correspond pas aux maladies ou affections énumérées dans le présent Certificat; ou
4. si vous êtes atteint d'un cancer in situ non invasif, du sarcome de Kaposi, du stade I de la maladie de Hodgkin, de toute forme de cancer de la peau autre qu'un mélanome malin et qu'une tumeur non invasive localisée indiquant un changement malin.

### RÈGLES POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE GRAVE

Vous devez nous aviser par écrit qu'une maladie grave a été diagnostiquée afin que vous puissiez soumettre une demande de prestations dans les 30 jours du diagnostic. Nous vous transmettrons un formulaire de réclamation dans les 15 jours suivant la réception d'un tel avis. Nous devons également recevoir dans les 90 jours du diagnostic, une preuve de la réclamation concernant les détails du diagnostic de la maladie grave, la date à laquelle le diagnostic fut posé, signée par un médecin autorisé à exercer sa profession autre que vous-même. Lorsque vous démontrez qu'il vous a été impossible d'agir dans les délais prévus, vous ne serez pas pour autant empêché de toucher les prestations pourvu que les renseignements requis nous soient transmis dans l'année qui suit la date du diagnostic.

## CERTIFICAT D'ASSURANCE EN CAS DE PERTE DE TRAVAIL INDÉPENDANT

Solde impayé - Assurance de crédit renouvelable

AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE GÉNÉRALE DE LA FLORIDE

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

### CE QUE NOUS PAYONS

Si vous êtes un travailleur indépendant et votre entreprise fait l'objet d'une demande de mise en faillite par des créanciers et ceci entraîne la perte de votre travail indépendant lorsque vous êtes assuré, et que vous restez sans travail rémunéré (travailler pour un employeur ou être un travailleur indépendant au moins 30 heures par semaine) plus de 30 jours consécutifs, nous verserons une prestation initiale égale au moindre des montants suivants : a) le paiement mensuel minimum exigible à votre compte après la Date du sinistre, ou b) 500 \$. La prestation initiale sera versée rétroactivement à compter de la Date du sinistre. Pour chaque période additionnelle de 30 jours consécutifs où vous êtes sans travail, nous verserons une Prestation mensuelle. Pour être admissible aux prestations de perte de travail indépendant, votre entreprise doit avoir été incorporée pendant une période de 24 mois consécutifs précédant la Date du sinistre.

Pour être admissible aux prestations, la perte de travail indépendant doit découler de la mise en faillite de l'entreprise incorporée que demandent les créanciers. Il faudra aussi nous fournir un document judiciaire attestant la faillite au moment de la présentation d'une demande de prestations.

Le total des prestations de revenu payable pour une perte de travail indépendant entraînée par une faillite n'excédera pas le montant de la Dette assurée à la Date du sinistre. Nous ne verserons pas plus de 6 paiements mensuels pour une période donnée de perte de travail indépendant. Toute prestation

continue qui vous est payable ne sera ni réduite ni refusée si la Dette assurée est renouvelée, refinancée, ou transférée à un autre compte MBNA admissible à cette assurance auprès de American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride ou par American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride.

« **Dette assurée** » signifie le moindre du solde impayé de votre compte à la Date du sinistre ou du montant maximal de l'assurance mentionné dans le sommaire.

« **Prestation mensuelle** » signifie le moindre des montants suivants : a) le paiement minimum actuel exigible à votre compte à l'exception des frais de retard ou des paiements en souffrance ou b) 500 \$.

« **Date du sinistre** » signifie la date où la mise en faillite de votre entreprise est demandée par des créanciers.

### CE QUE NOUS NE PAYONS PAS

Nous ne verserons aucune prestation si votre perte de travail indépendant est due à l'une des raisons suivantes :

1. renonciation volontaire au salaire, traitement ou au revenu;
2. fermeture de l'entreprise en raison d'une inconduite délibérée ou criminelle; ou
3. faillite ayant lieu dans les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

### RÈGLES POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE PERTE DE TRAVAIL INDÉPENDANT

Vous devez nous aviser par écrit de la perte de travail indépendant dans les 30 jours suivant la date où vous recevez les documents judiciaires attestant la faillite de votre entreprise. Nous vous transmettrons un formulaire de réclamation dans les 15 jours suivant la réception d'un tel avis. Nous devons recevoir une preuve du sinistre à l'égard de la perte de travail indépendant, y compris des copies (a) de documents judiciaires attestant la faillite, et (b) du permis d'exploitation commerciale ou des statuts constitutifs, le cas échéant. Lorsque vous démontrez qu'il vous a été impossible d'agir dans les délais prévus, vous ne serez pas pour autant empêché de toucher les prestations pourvu que les renseignements requis nous soient transmis dans l'année qui suit la perte de votre travail indépendant.

### REPRISE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Vous aurez de nouveau droit aux prestations de perte de travail indépendant si vous répondez de nouveau aux termes des modalités susmentionnées dans la section CE QUE NOUS PAYONS.

## CERTIFICAT D'ASSURANCE EN CAS D'INVALIDITÉ

Solde impayé - Assurance de crédit renouvelable

AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE GÉNÉRALE DE LA FLORIDE

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

### CE QUE NOUS PAYONS

Si vous devenez Totalement invalide lorsque vous êtes assuré et si vous restez Totalement invalide pendant plus de 30 jours consécutifs, nous verserons une prestation initiale égale au paiement mensuel minimum exigible à votre compte après la Date du sinistre. La prestation initiale sera versée rétroactivement à compter de la Date du sinistre. Pour chaque période additionnelle de 30 jours consécutifs où vous continuez à être Totalement invalide et toujours assuré, nous verserons une Prestation mensuelle.

Le total des prestations pour une période d'invalidité n'excédera pas le montant de la Dette assurée à la Date du sinistre. Nous ne verserons pas plus de 24 paiements mensuels pour une période donnée d'invalidité. Toute prestation continue qui vous est payable ne sera ni réduite ni refusée si la Dette assurée est renouvelée, refinancée, ou transférée à un autre compte MBNA admissible à cette assurance auprès de American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride.

« **Invalidité totale/Totement invalide** » signifie que vous ne pouvez pas accomplir les tâches matérielles et substantielles de votre occupation à la suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie. Nous nous réservons le droit d'exiger à intervalle régulier une preuve médicale de l'invalidité totale d'un médecin autorisé à exercer sa profession autre que vous-même.

« **Dette assurée** » signifie le moindre du solde impayé de votre compte à la Date du sinistre ou du montant maximal de l'assurance mentionné dans le sommaire.

« **Prestation mensuelle** » signifie le paiement minimum actuel exigible à votre compte à l'exception des frais de retard ou des paiements en souffrance.

« **Date du sinistre** » signifie la première journée de l'Invalidité totale.

### CE QUE NOUS NE PAYONS PAS

Nous ne verserons aucune prestation si votre Invalidité totale est due à l'une des raisons suivantes :

1. automutilation;
2. grossesse normale; ou
3. une invalidité commençant dans les 6 premiers mois de l'assurance et qui est due à une condition qui a exigé un diagnostic ou un traitement médical pendant les 6 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance mentionnée dans le sommaire. Une invalidité commençant après les 6 premiers mois de l'assurance et due à ladite condition est couverte.

Le versement des prestations en cas d'invalidité prend fin une fois que nous avons versé le maximum de prestations pour une période d'invalidité.

### RÈGLES POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Vous devez nous aviser par écrit de l'Invalidité totale dans les 30 jours du début de votre Invalidité totale. Nous vous transmettrons un formulaire de réclamation dans les 15 jours suivant la réception d'un tel avis. Vous devrez également dans les 90 jours du début de l'invalidité, nous transmettre votre demande de prestations indiquant notamment la date, la cause de l'Invalidité totale et sa gravité, signée par un médecin autorisé à exercer sa profession autre que vous-même. Lorsque vous démontrez qu'il vous a été impossible d'agir dans les délais prévus, vous ne serez pas pour autant empêché de toucher les prestations pourvu que les renseignements requis nous soient transmis dans l'année qui suit la date où commence votre Invalidité totale.

### REPRISE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Vous aurez de nouveau droit aux prestations pour invalidité quand :

- 1) votre médecin confirmera que vous êtes rétabli de votre invalidité antérieure et
- 2) votre médecin confirmera que vous souffrez d'une nouvelle et différente invalidité.

Si ce n'est pas le cas, les prestations maximales auxquelles vous aurez droit seront limitées au maximum payable en vertu de votre réclamation initiale. Veuillez noter que toute exclusion décrite dans ce Certificat ainsi que la période d'attente de 30 jours s'appliquent à toute nouvelle réclamation. Si votre demande est approuvée, vos Prestations mensuelles seront basées sur la Dette assurée à cette Date de sinistre.

# CERTIFICAT D'ASSURANCE EN CAS DE CHÔMAGE INVOLONTAIRE

## Solde impayé - Assurance de crédit renouvelable

AMERICAN BANKERS COMPAGNIE D'ASSURANCE GÉNÉRALE DE LA FLORIDE  
C. P. 7200, Kingston (Ontario) K7L 5V5

### CE QUE NOUS PAYONS

Si vous êtes en chômage involontaire lorsque vous êtes assuré et restez en chômage pendant plus de 30 jours consécutifs, nous verserons une prestation initiale égale au paiement mensuel minimum exigible à votre compte après la Date du sinistre. La prestation initiale sera versée rétroactivement à compter de la Date du sinistre. Pour chaque période additionnelle de 30 jours consécutifs où vous êtes sans emploi, nous verserons une Prestation mensuelle.

Pour être admissible aux prestations de chômage involontaire, vous devez être un employé rémunéré (avoir travaillé contre un salaire au moins 30 heures par semaine pour un employeur autre que vous-même) durant une période de 90 jours consécutifs avant la Date du sinistre.

Le total des prestations pour une période de chômage involontaire n'excédera pas le montant de la Dette assurée à la Date du sinistre. Nous ne verserons pas plus de 24 paiements mensuels pour une période donnée de chômage involontaire. Toute prestation continue qui vous est payable ne sera ni réduite ni refusée si la Dette assurée est renouvelée, refinancée, ou transférée à un autre compte MBNA admissible à cette assurance auprès de American Bankers Compagnie d'Assurance Vie de la Floride ou American Bankers Compagnie d'Assurance Générale de la Floride.

Les situations suivantes sont couvertes :

1. MISE À PIED INVOLONTAIRE : une suspension temporaire ou permanente de votre emploi décidée par votre employeur;
2. CESSATION D'EMPLOI : une cessation permanente de votre emploi décidée par votre employeur;
3. GRÈVE GÉNÉRALE : une grève dans laquelle vous participez contre tous les employeurs d'une industrie ou d'un territoire et qui comprend la cessation d'emploi ou la démission simultanée d'un groupe de travailleurs, vous y compris, qui collaborent afin d'obtenir de meilleures conditions d'emploi;
4. CONFLIT SYNDICAL : un syndicat reconnu ou organisé au préalable qui, grâce à la coalition de ses membres, vous y compris, a autorisé une grève pour obtenir des salaires plus élevés, des heures d'emploi réduites, de meilleures conditions de travail ou une autre concession de l'employeur au moyen d'une cessation d'emploi décidée par des employés à une heure prédéterminée et impliquant un groupe de personnes et non un seul individu. Cette définition exclut une négociation collective non syndicale; ou

5. LOCK-OUT : votre employeur congédie ses employés, vous y compris, ou ferme votre lieu d'emploi provisoirement en raison de son opposition aux activités syndicales des employés.

« Dette assurée » signifie le moindre du solde impayé de votre compte à la Date du sinistre ou du montant maximal de l'assurance mentionné dans le sommaire.

« Prestation mensuelle » signifie le paiement minimum actuel exigible à votre compte à l'exception des frais de retard ou des paiements en souffrance.

« Date du sinistre » signifie la première journée de chômage involontaire.

### CE QUE NOUS NE PAYONS PAS

Nous ne verserons aucune prestation si votre chômage involontaire est dû à l'une des raisons suivantes :

1. invalidité causée par un accident, une maladie, une grossesse ou un accouchement;
2. démission volontaire;
3. retraite;
4. renonciation volontaire au salaire, traitement, ou au revenu, ou
5. congédiement à la suite d'une mauvaise conduite (une omission ou un acte prohibé, un acte d'omission par malhonnêteté, ou un manquement à ses devoirs, actif ou passif, volontairement et non simplement par négligence) ou conduite criminelle (un comportement considéré illégal selon les lois municipales, provinciales ou fédérales).

Le versement des prestations en cas de chômage involontaire prend fin une fois que nous aurons versé le maximum de prestations pour une période de chômage involontaire.

### RÈGLES POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS DE CHÔMAGE INVOLONTAIRE

Vous devez nous aviser par écrit du chômage involontaire dans les 30 jours suivant le début du chômage. Nous vous transmettrons un formulaire de réclamation dans les 15 jours suivant la réception d'un tel avis. Nous devons également recevoir votre preuve de sinistre dans les 90 jours suivant le dernier jour travaillé, incluant (a) une déclaration de votre employeur et une vérification du chômage involontaire que nous pouvons raisonnablement exiger auprès d'autres sources; et (b) si applicable, une preuve de votre admissibilité à des prestations d'assurance-emploi auprès de Développement des ressources humaines Canada, Assurance-Emploi et une preuve que vous êtes inscrit à la recherche d'emploi et que vous avez fait une demande de prestations auprès d'un centre d'emploi régional ou d'une agence de placement reconnue dans les 15 jours qui suivent le dernier jour travaillé. Vous devez demeurer inscrit pendant la période de prestations si la perte d'emploi résulte d'une mise à pied involontaire ou d'une cessation d'emploi décidée par l'employeur. Lorsque vous démontrez qu'il vous a été impossible d'agir dans les délais prévus, vous ne serez pas pour autant empêché de toucher les prestations pourvu que les renseignements requis nous soient transmis dans l'année qui suit le début du chômage.

### REPRISE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Vous aurez de nouveau droit aux prestations pour chômage involontaire quand :

- 1) vous occuperez un emploi rémunéré pendant une période de 90 jours consécutifs; et
  - 2) 30 heures par semaine.
- Si ce n'est pas le cas, les prestations maximales auxquelles vous aurez droit seront limitées au maximum payable en vertu de votre réclamation initiale. Veuillez noter que toute exclusion décrite dans ce Certificat ainsi que la période d'attente de 30 jours s'appliquent à toute nouvelle réclamation. Si votre demande est approuvée, vos Prestations mensuelles seront basées sur la Dette assurée à cette Date de sinistre.



Robert Zanussi  
Agent principal

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

## 3 conseils utiles

1. Passez en revue la section pertinente de votre certificat avant d'appeler.
2. Écrivez vos questions avant d'appeler pour ne pas oublier de les poser.
3. Assurez-vous d'avoir le numéro de votre carte de crédit MBNA à portée de la main.

## Demandes de réclamation et questions

Appelez sans frais au

**1 800 262-3198**

De 8 h à 20 h du lundi au vendredi

Cela nous fera plaisir de vous aider à préparer une demande de réclamation ou de répondre à toute question que vous pourriez avoir au sujet de l'assurance.

Vous pouvez aussi nous écrire à l'adresse suivante : Assurant Solutions  
C. P. 7200, Kingston (Ontario) K7L 5V5