

PROTÉGER

Guide de distribution

Assurance-prêt aux entreprises

Marge de crédit commerciale

Billet à demande commercial

Guide de distribution – Assurance-prêt aux entreprises

Marge de crédit commerciale Billet à demande commercial

Nom du produit : Assurance-prêt aux entreprises

Type de produit : Assurance créance collective

Assureur : Assurance-vie Banque Nationale (permis en vigueur depuis le 12 juillet 1995)

Assureur	Assurance-vie Banque Nationale 1100, boul. Robert-Bourassa, 5 ^e étage Montréal (Québec) H3B 2G7 Montréal: 514 871-7500 Extérieur: 1 877 871-7500 Télécopieur: 514 394-6992 www.assurances-bnc.ca assurances@bnc.ca	Distributeur	Banque Nationale du Canada Montréal: 514 394-5555 Extérieur: 1 888 TELNAT1
-----------------	--	---------------------	---

Copie du contrat d'assurance

Le Service à la clientèle d'Assurance-vie Banque Nationale peut expédier une copie du contrat au besoin.

Vous pouvez joindre notre Service à la clientèle, aux heures d'ouverture habituelles, aux numéros suivants :

Montréal : 514 871-7500

Extérieur : 1 877 871-7500

La police d'assurance collective décrite dans ce Guide est la suivante :

- › **Police d'assurance 70009-17 :** Régime d'assurance-vie, invalidité et maladies graves et mutilation accidentelle pour marge de crédit commerciale et billet à demande commercial.

Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert par ce Guide.
L'assureur est le seul responsable des divergences entre les libellés du Guide et de la police.

Les mots définis dans le Guide sont écrits avec une majuscule dans le texte. Vous trouverez leur définition à la page 06.

«Vous», «vos» et «votre» désignent la personne assurée à qui s'adresse ce Guide.

«Nous», «nos» et «notre» désignent l'Assureur (Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie).

Table des matières

Introduction	05
Les principales définitions	06
1. Description de notre produit	10
> a) Nature des garanties	10
Assurance-vie.....	10
Assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle	10
Assurance Invalidité.....	10
> b) Résumé des conditions particulières	11
Suis-je admissible à l'assurance-prêt aux entreprises?.....	11
Quel est le montant de ma protection d'assurance-vie?.....	11
Quel est le montant de ma protection d'assurance Invalidité?.....	12
Quel est le Délai de Carence?	13
Pendant combien de temps vais-je recevoir des prestations d'Invalidité?	13
Quel est le montant de ma protection Maladies Graves?	13
Quel est le montant de ma protection Mutilation Accidentelle?.....	14
Quel est le montant maximum payable pour chaque protection?.....	15
Qui est le bénéficiaire de l'assurance?	15
Dois-je répondre à des questions sur mon état de santé?.....	15
Suis-je couvert si un événement survient pendant l'étude de ma Demande d'assurance?	15
Qu'arrive-t-il en cas de suicide d'un Assuré?	15
Dans quelles situations ai-je droit à un remboursement de primes?	16
Comment la prime d'assurance est-elle calculée?.....	16
Comment puis-je payer ma prime?.....	16
Que se passe-t-il si je ne peux pas payer ma prime d'assurance?.....	16
À partir de quand suis-je assuré?	16
Est-ce que plusieurs personnes peuvent être assurées pour le même Prêt?	17
Quelles sont les exclusions au contrat?.....	17
Puis-je résilier mon assurance?	19
> c) Fin de votre protection d'assurance	20
> d) Autre information	20
Déclaration erronée d'âge ou de sexe	20
Fausse déclaration concernant l'usage du tabac	21
Refinancement du Prêt	21
Reconnaissance de l'assurance d'un Prêt antérieur.....	21

2. Réclamation	22
› Réclamation d'assurance-vie.....	22
› Réclamation d'Invalidité	22
› Fin des prestations d'assurance Invalidité	23
› Réclamation de Maladies Graves ou Mutilation Accidentelle.....	23
› Délai de réponse de l'Assureur après réception d'une réclamation.....	24
› Appel d'une décision de l'Assureur	24
3. Produits similaires	25
4. Référence à l'Autorité des marchés financiers	25
5. Avis de résolution d'un contrat d'assurance	26
› Avis donné par le distributeur	26
› Loi sur la distribution de produits et services financiers.....	27
6. Accès aux renseignements personnels	28

Introduction

Le rôle du Guide de distribution est de vous permettre de bien comprendre votre protection d'assurance-prêt aux entreprises. Il vise à vous permettre de déterminer par vous-même si ce produit répond à vos besoins, alors que vous n'êtes pas en présence d'un conseiller en assurance de personnes.

Prenez le temps de bien le lire et conservez-le en lieu sûr avec votre certificat et votre Proposition d'assurance; vous pourriez avoir besoin de consulter ces documents plus tard.

Et n'oubliez pas: les représentants de notre Service à la clientèle sont là pour répondre à toutes vos questions!

Les principales définitions

Le Guide de distribution ne définit que les mots ou concepts que nous jugeons utiles à votre bonne compréhension du produit d'assurance.

Ces définitions ne remplacent en aucun cas celles que vous trouverez dans votre certificat d'assurance et dans les différentes clauses qui le composent.

Accident: un événement provenant directement et exclusivement de causes externes, violentes, soudaines et involontaires, causant une atteinte corporelle constatée par un médecin, indépendamment de toute maladie ou autre cause.

Accident Vasculaire Cérébral: le diagnostic formel d'un Accident Vasculaire Cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- › apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- › nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

qui persistent pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'Accident Vasculaire Cérébral doit être posé par un Spécialiste.

EXCLUSIONS: Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- › accident ischémique transitoire;
- › accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- › infarctus lacunaire qui n'est pas conforme aux critères de l'Accident Vasculaire Cérébral prévus ci-dessus.

Mise en garde: Les cas pour lesquels aucune prestation n'est payable sont énumérés à la section *Exclusions, limitations ou réductions de garantie de ce Guide.*

Assuré: tout signataire d'une Proposition, à quelque titre que ce soit, qui a demandé l'assurance et qui répond aux critères de l'article *Admissibilité et assurabilité* du certificat dont il a reçu une copie.

Assureur: Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, dont la place d'affaires est située au 1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

Banque: Banque Nationale du Canada.

Cancer (mettant la vie en danger): diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de Cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de Cancer doit être posé par un Spécialiste.

EXCLUSIONS: aucune prestation ne sera payable si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance, l'Assuré :

- › a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de Cancer (couvert ou non par le certificat d'assurance), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- › a reçu un diagnostic de Cancer (couvert ou non par le certificat d'assurance).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assureur dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'Assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un Cancer, ou sur toute maladie grave causée par un Cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- › lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- › Cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- › tout Cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- › Cancer de la prostate au stade T1 a ou T1 b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- › Cancer de la thyroïde papillaire ou Cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- › leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification Rai;
- › tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Les définitions des termes « Tis, Ta, T1 a, T1 b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » indiquées dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'AJCC s'appliquent à ces mêmes termes utilisés dans le certificat.

La définition du terme « classification Rai » indiquée dans la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Paternack, Blood 46 :219, 1975) s'applique au même terme utilisé dans le certificat.

Mise en garde : Les cas pour lesquels aucune prestation n'est payable sont énumérés à la section *Exclusions, limitations ou réductions de garantie de ce Guide*.

Conjoint : la personne à qui l'Assuré est légalement marié, uni ou la personne désignée par celui-ci avec qui il cohabite en permanence et qui est reconnue publiquement comme son Conjoint.

Crise cardiaque : diagnostic formel d'une Crise cardiaque résultant en la mort d'une partie du muscle cardiaque suite à une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnée d'au moins une des manifestations suivantes :

- › symptômes de Crise cardiaque;
- › changements récents à l'électrocardiogramme indiquant une Crise cardiaque;
- › apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de Crise cardiaque doit être posé par un Spécialiste.

EXCLUSIONS : Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- › augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q;
- › changements à l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme aux critères de Crise cardiaque prévus dans le certificat.

Mise en garde : Les cas pour lesquels aucune prestation n'est payable sont énumérés à la section *Exclusions, limitations ou réductions de garantie de ce Guide*.

Délai de carence : les jours continus d'Invalidité à compter de la date de début de l'Invalidité pendant lesquels aucune prestation n'est payable.

Demande d'assurance : s'entend de la Proposition.

Événement Assuré : décès ou Invalidité ou diagnostic de Maladies Graves ou de Mutilation Accidentelle.

Invalidité : l'état d'incapacité qui empêche l'Assuré d'occuper les tâches habituelles de son emploi. Pour un Assuré sans emploi au début de son Invalidité, l'état d'incapacité est celui qui l'empêche d'exercer les activités normales d'une personne du même âge. L'Invalidité doit être constatée par un médecin pratiquant au Canada ou aux États-Unis, résulter d'une Maladie survenue ou d'un Accident subi alors que l'assurance est en vigueur et exiger des soins médicaux continus. Durant son Invalidité, l'Assuré ne doit se livrer à aucune activité pour laquelle il reçoit une compensation financière.

Maladie : détérioration de la santé nécessitant des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, effectivement donnés par un médecin ou un autre professionnel faisant partie d'un ordre professionnel de la santé. Ces soins doivent être considérés comme satisfaisants par l'Assureur.

Maladies Graves : désigne exclusivement : un Accident Vasculaire Cérébral, un Cancer (mettant la vie en danger) et une Crise cardiaque, tels que définis à l'article *Définitions* du certificat et dans ce Guide.

Montant Assuré :

Assurance-vie :

- › le montant choisi sur la Proposition, sans toutefois excéder le montant autorisé du Prêt et le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du certificat.

Assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle :

- › le montant choisi sur la Proposition, sans toutefois excéder le Montant Assuré de l'assurance-vie et le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du certificat.

Assurance Invalidité :

- › le montant choisi sur la Proposition, sans toutefois excéder 1 % du Montant Assuré de l'assurance-vie et le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du certificat.

Dans le cas de la reconnaissance de l'assurance d'un Prêt antérieur, ce montant ne pourra excéder le Montant Assuré du Prêt antérieur à la date du Refinancement et le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du certificat.

Montant Maximum Assurable : selon l'option cochée sur la Proposition :

- › un montant fixe (en fonction du Montant Assuré choisi); **ou**
- › un montant variable (en fonction du Solde Utilisé du Prêt, sans toutefois excéder le Montant Assuré choisi).

Mutilation Accidentelle : dommages corporels causés par suite d'un Accident survenu alors que l'assurance est en vigueur et entraînant, directement et indépendamment de toute Maladie ou autre cause, la perte ou la perte d'usage d'un membre ou d'un œil de l'Assuré.

La perte d'un œil signifie la perte totale et irréversible de la vision d'un œil mise en évidence par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans cet œil, ou par un champ visuel de moins de 20 degrés dans cet œil; la perte d'un membre signifie la séparation irréversible et complète d'un ou de plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville. La perte d'usage d'un membre signifie la perte complète des fonctions musculaires d'un ou de plusieurs membres.

La perte ou la perte d'usage doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'Accident. La perte d'usage doit subsister pendant 12 mois et, par la suite, être reconnue définitive, avant que la prestation ne soit versée. L'assurance doit toujours être en vigueur au moment du diagnostic de perte ou de perte d'usage.

Le diagnostic de perte ou de perte d'usage doit être posé par un Spécialiste.

Mise en garde : Les cas pour lesquels aucune prestation n'est payable sont énumérés à la section *Exclusions, limitations ou réductions de garantie de ce Guide*.

Police : Police d'assurance collective No 70009-17. L'Assuré peut demander par écrit à l'Assureur une copie de la Police.

Prêt : marge de crédit commerciale ou billet à demande commercial visé par la Proposition.

Proposant : la personne qui signe la Proposition.

Proposition : le formulaire de Proposition d'assurance de l'Assureur dûment complété par le Proposant, incluant les adhésions effectuées par téléphone (signature vocale).

Récidive d'Invalidité : au cours des 90 jours suivant la fin d'une période d'Invalidité couverte par le certificat, toute Invalidité ayant la même cause et persistant au moins 7 jours consécutifs est considérée comme la prolongation de cette Invalidité. Sinon, toute Invalidité ultérieure est considérée comme une nouvelle Invalidité et est soumise au Délai de carence.

Refinancement : tout changement apporté au Prêt ayant pour résultat l'augmentation du financement auprès de la Banque.

Résident : toute personne qui réside au Canada ou aux États-Unis, qui y est domiciliée et qui y a été présente 183 jours consécutifs au cours des 12 mois précédant la date de signature de la Proposition.

Solde Utilisé : solde du Prêt à la date de l'Événement Assuré ou à la date du Refinancement dans le cas de la reconnaissance de l'assurance d'un Prêt antérieur, sans toutefois excéder le moindre des montants suivants :

- › le Montant Assuré; ou
- › le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du certificat.

Spécialiste : un médecin qui détient un permis d'exercice valide au Canada ou aux États-Unis, et une formation médicale spécialisée en lien avec la Maladie Grave ou la Mutilation Accidentelle pour laquelle la prestation est demandée; et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non disponibilité d'un Spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'Assureur, une condition peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant tant au Canada qu'aux États-Unis. Le terme Spécialiste inclut, entre autres, tout cardiologue, neurologue, oncologue, ophtalmologiste, Spécialiste des grands brûlés et interniste. Le Spécialiste ne peut pas être l'Assuré, son Conjoint, un membre de la famille, ou un partenaire d'affaires de l'Assuré ou de son Conjoint.

Versement Assuré :

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant fixe, le moindre des montants entre :

- › le Montant Assuré choisi de l'assurance Invalidité sur la Proposition sans excéder 1 % du Montant Assuré de l'assurance-vie; ou
- › le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du certificat.

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant variable (en fonction du Solde Utilisé du Prêt), le moindre des montants entre :

- › le Montant Assuré choisi de l'assurance Invalidité sur la Proposition; ou
- › 1 % du Montant Assuré choisi de l'assurance-vie; ou
- › le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du certificat.

1. Description de notre produit

a) Nature des garanties

Le produit d'assurance-prêt d'Assurance-vie Banque Nationale comporte trois protections :

Assurance-vie

Lors du décès d'un Assuré, cette protection prévoit le remboursement du Montant Assuré du Prêt à la Banque.

Selon le Montant Assuré choisi à l'adhésion, l'entreprise pourrait aussi recevoir une prestation équivalente à la différence entre le Montant Assuré et le Solde Utilisé.

Voir la section *Quel est le montant de ma protection d'assurance-vie?* (p. 11).

Assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle

En cas de Mutilation Accidentelle ou d'un diagnostic de Cancer (mettant la vie en danger), de Crise cardiaque ou d'Accident Vasculaire Cérébral, l'assurance prévoit le remboursement à la Banque par l'Assureur d'un pourcentage du Montant Assuré du Prêt dans le cas d'une Mutilation Accidentelle ou le remboursement du Montant Assuré du Prêt dans le cas d'un diagnostic d'une Maladie Grave.

Il faut avoir adhéré à l'assurance-vie pour pouvoir adhérer à l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle.

Voir les sections *Quel est le montant de ma protection Maladies Graves?* (p. 13) et *Quel est le montant de ma protection Mutilation Accidentelle?* (p. 14).

Assurance Invalidité

En cas d'Invalidité, qui persiste après un délai de 60 jours consécutifs, l'assurance prévoit le remboursement du Versement Assuré à la Banque par l'Assureur.

Il faut avoir adhéré à l'assurance-vie pour pouvoir adhérer à l'assurance Invalidité.

Voir la section *Quel est le montant de ma protection d'assurance Invalidité?* (p. 12).

b) Résumé des conditions particulières

Suis-je admissible à l'assurance-prêt aux entreprises ?

Vous pouvez adhérer à l'assurance si vous détenez un Prêt aux entreprises à la Banque Nationale.

Plusieurs Assurés peuvent être couverts par les protections d'assurance pour un même Prêt. Chaque personne doit alors compléter une Proposition d'assurance.

Il est possible de demander l'assurance-prêt en tout temps pendant la durée de vie de votre Prêt.

Vous êtes admissible à l'assurance-vie si, quand vous complétez la Proposition d'assurance vous êtes :

- › Âgé de 18 à 64 ans;
- › Résident du Canada ou des États-Unis;
- › Emprunteur, coemprunteur, caution, endosseur, actionnaire, dirigeant ou personne-clé de l'entreprise emprunteuse.

Si vous n'êtes pas admissible à l'assurance-vie, vous n'êtes pas admissible aux autres protections.

Vous êtes admissible à l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle si vous avez adhéré à l'assurance-vie.

Vous êtes admissible à l'assurance Invalidité si :

- › Vous avez adhéré à l'assurance-vie; et
- › Vous avez effectué un travail rémunéré pour un emploi totalisant au minimum 60 heures au cours des 4 dernières semaines **ou** vous avez généré, en tant que travailleur autonome, un revenu brut d'au moins 10 000 \$ au cours de la dernière année financière avant votre Demande d'assurance.

Important : Si vous recevez des prestations en remplacement de votre revenu, si vous êtes en arrêt de travail ou sans emploi, **vous n'êtes pas admissible à l'assurance Invalidité.**

Quel est le montant de ma protection d'assurance-vie ?

Lors du décès d'un Assuré, la prestation d'assurance-vie est basée sur les règles suivantes :

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi est un montant fixe (en fonction du Montant Assuré choisi en assurance-vie)

Nous verserons à la Banque le moins élevé des montants entre :

- › le Montant Assuré choisi sur la Proposition; ou
- › le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

De plus, nous verserons à l'entreprise la différence entre le Montant Assuré choisi sur la Proposition et le montant de la prestation-décès déjà versée à la Banque.

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi est un montant variable (en fonction du Solde Utilisé du Prêt)

Nous verserons à la Banque le moins élevé des montants entre :

- › le Solde Utilisé du Prêt calculé à la date du décès, plus les intérêts courus depuis la date du décès; ou
- › le Montant Assuré choisi sur la Proposition; ou
- › 110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé du Prêt au cours des 12 derniers mois précédant la date du décès; ou
- › 110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé du Prêt depuis la date de prise d'effet de l'assurance dans l'éventualité où l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois; ou
- › le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

La prestation-décès ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes en souffrance à la date du décès.

Toute prime d'assurance due à l'Assureur à la date du décès sera déduite de la prestation-décès.

Si des primes d'assurance-prêt sont perçues par l'Assureur après le décès de l'Assuré, le trop-perçu de prime depuis le décès de l'Assuré sera remboursé, sans intérêt.

Quel est le montant de ma protection d'assurance Invalidité ?

Vous pourriez avoir droit à des prestations d'Invalidité si, pendant plus de 60 jours consécutifs, vous ne pouvez pas effectuer les tâches habituelles de votre emploi ou les activités normales d'une personne du même âge (si vous êtes sans emploi au début de votre Invalidité).

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi est un montant fixe (en fonction du Montant Assuré choisi en assurance-vie)

Nous verserons à la Banque le moindre des montants entre :

- › le Montant Assuré choisi sur la Proposition; ou
- › 1 % du Montant Assuré en assurance-vie; ou
- › le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

De plus, si le Versement Assuré payable excède le Solde Utilisé du Prêt, nous verserons la différence à l'entreprise.

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi est un montant variable (en fonction du Solde Utilisé du Prêt)

Nous verserons à la Banque le moindre des montants entre :

- › le Montant Assuré du Prêt choisi sur la Proposition; ou
- › 1 % du Solde Utilisé du Prêt à la date de l'Invalidité; ou
- › 1 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé du Prêt au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'Événement Assuré; ou
- › 1 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé du Prêt depuis la date de prise d'effet de l'assurance dans l'éventualité où l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois; ou
- › le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

En tout temps durant l'Invalidité, pendant la ou les périodes pendant lesquelles nous évaluons ou réévaluons votre demande de prestation, vous devez effectuer les versements prévus sur votre Prêt, ainsi que le paiement des primes d'assurance.

Pour chaque jour d'Invalidité qui ne fait pas partie d'une période complète couverte, nous verserons 1/30^e de la prestation d'Invalidité prévue.

Quel est le Délai de Carence ?

Le Délai de Carence est de 60 jours consécutifs et est calculé à partir du premier jour qui suit le début de l'Invalidité (dernier jour travaillé).

Pendant combien de temps vais-je recevoir des prestations d'Invalidité ?

- › Tous les Assurés d'un Prêt ont droit à un total de 48 mois de prestations et ce, pour toute la durée du Prêt.
- › Lorsqu'un Assuré est en réclamation en raison d'une Invalidité, il peut recevoir jusqu'à un maximum de 24 mois de prestations consécutives. Si cette période est atteinte, les prestations cessent, même si l'Invalidité de l'Assuré n'est pas terminée.

Quel est le montant de ma protection Maladies Graves ?

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi est le montant fixe (en fonction du Montant Assuré choisi en assurance-vie)

Nous verserons à la Banque le moins élevé des montants suivants :

- › le Montant Assuré choisi sur la Proposition; ou
- › le Montant Assuré en assurance-vie; ou
- › le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

De plus, nous verserons à l'entreprise la différence entre le Montant Assuré choisi sur la Proposition et le montant de la prestation de Maladies Graves versée à la Banque.

Lorsque le Montant Maximum Assurable est le montant variable (en fonction du Solde Utilisé du Prêt)

Nous verserons à la Banque le moins élevé des montants suivants :

- › le Solde Utilisé du Prêt à la date du diagnostic de Maladies Graves, plus les intérêts courus depuis la date du diagnostic; ou
- › le Montant Assuré choisi sur la Proposition; ou
- › 110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé du Prêt au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'Événement Assuré; ou
- › si l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois, 110% de la moyenne du solde quotidien utilisé du Prêt depuis la date de prise d'effet de l'assurance; ou
- › le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

Le versement d'une prestation de Maladies Graves met fin à l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle de tous les Assurés.

À la date du diagnostic, si le Montant Assuré de l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle est inférieur au Montant Assuré en assurance-vie, l'assurance-vie demeurera en vigueur pour tous les Assurés, sur le Montant Assuré réduit du montant de la prestation de Maladies Graves et les primes seront ajustées en conséquence.

La prestation de Maladies Graves ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes en souffrance à la date du diagnostic de la Maladie Grave. Toute prime d'assurance due à l'Assureur à la date du diagnostic de la Maladie Grave sera déduite de la prestation de Maladies Graves. Si des primes d'assurance-prêt sont perçues par l'Assureur après la date du diagnostic de la Maladie Grave, le trop-perçu de prime depuis le diagnostic sera remboursé, sans intérêt.

Quel est le montant de ma protection Mutilation Accidentelle ?

En cas de perte ou de perte d'usage d'un membre suite à un Accident, nous verserons à la Banque une prestation équivalente aux pourcentages suivants :

Perte	Pourcentage du Montant Assuré
Pour chaque membre perdu (incluant un œil)	25 % (maximum 100 %)
Des 2 yeux	100 %
Hémiplégie, quadriplégie, paraplégie	100 %

Lorsque le **Montant Maximum Assurable choisi est un montant fixe (en fonction du Montant Assuré choisi)**, nous verserons le moins élevé des montants suivants :

- › le pourcentage (selon la perte) du Montant Assuré choisi sur la Proposition; ou
- › le pourcentage (selon la perte) du Montant Assuré en assurance-vie; ou
- › le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

De plus, nous verserons à l'entreprise la différence entre le Montant Assuré (selon le pourcentage prévu) et le montant de la prestation de Mutilation Accidentelle versée à la Banque.

Lorsque le **Montant Maximum Assurable choisi est le montant variable (en fonction du Solde Utilisé du Prêt)**, nous verserons le moins élevé des montants suivants :

- › le pourcentage (selon la perte) du Solde Utilisé du Prêt à la date de la Mutilation Accidentelle, plus les intérêts courus depuis la date du diagnostic; ou
- › le pourcentage (selon la perte) du Montant Assuré choisi sur la Proposition; ou
- › le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

Cette prestation est applicable au remboursement du Prêt, plus tout intérêt couru depuis la date du diagnostic de Mutilation Accidentelle. Si la Mutilation Accidentelle entraîne l'Invalidité, la prestation de Mutilation Accidentelle et la prestation d'Invalidité seront versées.

Le total des prestations payables pour des pertes résultant d'un ou plusieurs Accidents ne peut dépasser le montant maximum de prestation prévu au certificat et indiqué à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) du présent Guide.

Le versement d'une prestation de Mutilation Accidentelle de 100 % du Montant Assuré met fin à l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle de tous les Assurés. Si la prestation est de moins de 100 %, l'assurance demeurera en vigueur sur le Montant Assuré réduit du montant de la prestation de Mutilation Accidentelle.

À la date du diagnostic, si le Montant Assuré de l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle était inférieur au Montant Assuré en assurance-vie, l'assurance-vie demeurera en vigueur pour tous les Assurés, sur le Montant Assuré réduit du montant de la prestation de Mutilation Accidentelle et les primes seront ajustées en conséquence.

La prestation de Mutilation Accidentelle ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes en souffrance à la date du diagnostic de Mutilation Accidentelle. Toute prime d'assurance due à l'Assureur à la date du diagnostic de Mutilation Accidentelle sera déduite de la prestation de Mutilation Accidentelle. Si des primes d'assurance-prêt sont perçues par l'Assureur après la date du diagnostic de Mutilation Accidentelle, le trop-perçu de prime depuis le diagnostic sera remboursé, sans intérêt.

Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?

Protection	Montant maximum
Vie	2 000 000 \$
Maladies Graves	150 000 \$
Mutilation Accidentelle	150 000 \$
Invalité	5 000 \$ par mois

Qui est le bénéficiaire de l'assurance ?

Nous versons directement toutes les prestations d'assurance à la Banque. Dans certaines situations, l'entreprise qui détient le Prêt peut aussi recevoir des montants en plus.

Dois-je répondre à des questions sur mon état de santé ?

Lorsque vous adhérez à l'assurance, vous devez répondre, sur la Proposition d'assurance, aux questions de la *Déclaration de santé* qui s'appliquent à votre situation.

Si vous n'avez pas à fournir d'autres preuves de votre assurabilité, vous êtes assuré aux conditions du certificat dès la signature de votre Proposition d'assurance, sous réserve de la véracité des informations fournies.

Si votre Demande d'assurance nécessite d'autres preuves de votre assurabilité, comme un questionnaire détaillé téléphonique ou un examen paramédical, nous, ou un de nos partenaires, vous contacterons. Dans les 30 jours qui suivent la réception de toutes les informations nécessaires à l'étude de votre Demande d'assurance, nous vous enverrons une lettre pour confirmer notre décision. Cette lettre constitue votre preuve d'assurance et il est important de la conserver.

Si nous déterminons que vous n'êtes pas assurable selon nos critères, nous vous en aviserons par écrit.

Communiquez avec nous si nous ne vous avons pas contacté ou si vous n'avez pas reçu une lettre de notre part dans les 30 jours qui suivent l'expédition de tous les documents nécessaires à l'analyse de votre dossier.

Suis-je couvert si un événement survient pendant l'étude de ma Demande d'assurance ?

Si vous n'êtes pas assuré automatiquement et que vous devez nous fournir des preuves de votre assurabilité, par exemple en répondant à un questionnaire détaillé d'assurance, vous serez couvert par une assurance temporaire pendant que nous étudierons votre dossier.

Cette couverture temporaire d'assurance vous protégera en cas de décès, de Mutilation Accidentelle ou d'Invalité **seulement si l'événement est causé par un Accident**. De plus, vous ne serez pas couvert par l'assurance Mutilation Accidentelle et Invalité de façon temporaire si vous n'avez pas demandé ces protections sur votre Proposition.

S'il survient un événement non accidentel, nous finaliserons l'étude de votre dossier. Si nous acceptons votre demande, nous vous verserons les prestations prévues au certificat selon les protections choisies.

Qu'arrive-t-il en cas de suicide d'un Assuré ?

En cas de suicide d'un Assuré dans les 2 premières années suivant la date de prise d'effet de l'assurance, quelle que soit sa condition mentale, notre obligation se limite à rembourser, sans intérêt, toutes les primes versées, le cas échéant, et l'assurance sera automatiquement annulée rétroactivement à sa date de prise d'effet.

Dans quelles situations ai-je droit à un remboursement de primes ?

En plus des situations spécifiques mentionnées au certificat et dans ce Guide, nous vous rembourserons, sans intérêt, toutes primes perçues en trop.

Lorsque la Proposition est annulée rétroactivement à sa date de prise d'effet, toutes les primes versées sont également remboursées.

Toute demande de remboursement de primes doit nous être faite par téléphone ou par écrit. Nous analyserons la demande, et s'il s'agit de primes qui n'auraient pas dû être perçues, celles-ci seront remboursées, sans intérêt.

Comment la prime d'assurance est-elle calculée ?

Le montant de votre prime est calculé à partir des taux de primes en vigueur lorsque vous signez la Proposition d'assurance.

Le taux de prime varie en fonction :

- > du Montant Assuré;
- > de votre âge et de votre sexe;
- > de votre statut de tabagisme;
- > du nombre d'assurés (assurance-vie et assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle).

Attention : l'assurance se renouvelle automatiquement chaque année, selon l'âge atteint à la date anniversaire de votre adhésion à l'assurance, et toujours pour le Montant Assuré à l'adhésion.

Vous trouverez la grille des taux de prime à l'article 9 de votre **certificat d'assurance**.

L'Assureur se réserve le droit de modifier, en tout temps, le barème de taux de primes. Le cas échéant, le nouveau barème s'appliquera à l'ensemble des Assurés de la Police.

Comment puis-je payer ma prime ?

Sauf avis contraire de votre part, le montant de la prime est prélevé le premier jour de chaque mois dans votre marge de crédit ou dans tout autre compte bancaire de votre choix.

Que se passe-t-il si je ne peux pas payer ma prime d'assurance ?

Nous vous accordons un délai de grâce de 30 jours pour rembourser la prime non payée.

Votre protection d'assurance prendra fin automatiquement si le paiement d'une prime est en retard depuis plus de 3 mois.

À partir de quand suis-je assuré ?

Si vous répondez aux critères d'admissibilité et d'assurabilité, vous serez assuré à partir de la plus tardive des dates suivantes :

- > la date de signature de la Proposition; ou
- > la date d'autorisation du Prêt.

La perception de prime débute dès que nous recevons votre Proposition d'assurance complétée et signée.

Est-ce que plusieurs personnes peuvent être assurées pour le même Prêt ?

- › Deux Assurés ou plus peuvent être couverts pour le même Prêt.
- › Pour l'assurance-vie et Maladies Graves, la prestation est payable au premier événement seulement.
- › Pour l'assurance Invalidité, le montant de la prestation d'Invalidité ne peut en aucun cas dépasser le Montant Assuré de l'assurance Invalidité ni la période maximale de prestations prévue pour l'ensemble des Assurés.
La prestation d'Invalidité ne peut être versée à plus d'un Assuré à la fois.
- › Dans le cas d'une Mutilation Accidentelle simultanée de plus d'un Assuré, s'il est impossible de déterminer lequel a subi la perte en premier, la prestation la plus élevée sera versée en premier et ainsi de suite sur le solde ainsi réduit, sans dépasser le montant prévu à l'article Prestation maximum du nouveau certificat et mentionné à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* de ce Guide (p. 15).

Quelles sont les exclusions au contrat ?

MISE EN GARDE

Exclusions, limitations ou réductions de garanties

POUR L'ASSURANCE-VIE, L'ASSURANCE MALADIES GRAVES ET MUTILATION ACCIDENTELLE ET L'ASSURANCE INVALIDITÉ :

AUCUNE PRESTATION N'EST PAYABLE POUR UN DÉCÈS, UNE INVALIDITÉ, UNE MALADIE GRAVE OU UNE MUTILATION ACCIDENTELLE CAUSÉE DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR :

Des CONDITIONS PRÉEXISTANTES: un décès, une Invalidité, une Maladie Grave ou une Mutilation Accidentelle qui se produit dans les 12 MOIS QUI SUIVENT la date de prise d'effet de l'assurance ET qui est causé par une Maladie, un symptôme ou un Accident pour lequel l'Assuré a :

- › consulté ou reçu des traitements par un médecin ou autre professionnel de la santé; OU
- › subi des examens; OU
- › consommé des médicaments; OU
- › été hospitalisé

dans les 12 MOIS AVANT la date de prise d'effet de l'assurance.

- › Une condition reliée à une EXCLUSION SPÉCIFIQUE à votre dossier, tel que décrite dans l'avenant que nous vous avons fait parvenir comme condition à l'acceptation de votre Demande d'assurance (s'il y a lieu);
- › Un acte de SUICIDE qui survient dans les 2 ans qui suivent la prise d'effet de l'assurance, quelle que soit la condition mentale de l'Assuré;
- › Une TENTATIVE DE SUICIDE OU D'AUTOMUTILATION VOLONTAIRE, quelle que soit votre condition mentale à ce moment;
- › L'usage de STUPÉFIANTS sans ordonnance médicale;
- › Une participation active à un vol dans un AÉRONEF, que ce soit à titre de pilote, de membre de l'équipage, instructeur ou étudiant;
- › La GUERRE ou tout acte de guerre, que vous y ayez participé ou non, sauf si vous y agissiez à titre de membre des Forces canadiennes ou de la réserve des forces canadiennes;
- › Toute participation active à une ÉMEUTE, une agitation populaire ou une insurrection.

POUR L'ASSURANCE MALADIES GRAVES :**AUCUNE PRESTATION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES NE SERA PAYABLE DANS LES CAS SUIVANTS :****CANCER**

Le Cancer doit répondre à la définition du certificat pour que la prestation soit payable. De plus, les cas suivants ne sont pas couverts :

Aucune prestation ne sera payable si, dans les 90 jours suivant l'entrée en vigueur de l'assurance :

- › vous avez présenté des signes ou symptômes ou vous vous êtes soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de Cancer (qu'il soit couvert ou non par le certificat d'assurance), peu importe à quel date il est établi; ou
- › vous avez reçu un diagnostic de Cancer (couvert ou non par le certificat d'assurance).

Vous devez nous communiquer tous les renseignements médicaux concernant le diagnostic, les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à son établissement au cours des 6 mois suivants. Sinon, nous pourrions refuser toute demande de règlement portant sur un Cancer ou sur toute Maladie Grave causée par un Cancer ou son traitement.

Conditions ou formes de Cancer non couvertes :

- › lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- › Cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- › tout Cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- › Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- › Cancer de la thyroïde papillaire ou Cancer de la thyroïde folliculaire, ou les 2, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- › leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- › tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

CRISE CARDIAQUE

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- › augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q;
- › changements à l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme aux critères de Crise cardiaque prévus dans le certificat d'assurance.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

L'Accident Vasculaire Cérébral doit répondre à la définition du certificat pour que la prestation soit payable. De plus, les cas suivants ne sont pas couverts :

- › accident ischémique transitoire;
- › accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- › infarctus lacunaire qui n'est pas conforme aux critères de l'Accident Vasculaire Cérébral prévus dans le certificat d'assurance.

POUR L'ASSURANCE INVALIDITÉ:**AUCUNE PRESTATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ N'EST PAYABLE POUR UNE INVALIDITÉ CAUSÉE DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR :**

- Une grossesse normale;
- Un mal de dos:
 - Cervicalgie (douleur localisée au cou ou à la nuque);
 - Dorsalgie (douleur localisée au dos);
 - Lombalgie (douleur localisée au bas du dos);pour lequel la seule manifestation en une douleur que vous ressentez, sans que la cause ne puisse être identifiée, mise à part une arthrose normale compte tenu de votre âge;
- Des troubles psychologiques, psychiatriques, d'adaptation, fatigue chronique, dépression, anxiété ou épuisement professionnel si vous n'êtes pas engagé dans un processus thérapeutique supervisé par un médecin spécialisé en ces matières;
- L'alcoolisme ou la toxicomanie, si le problème n'est pas traité en cure fermée;
- Des soins esthétiques, soit une chirurgie ou des soins qui sont seulement esthétiques et non curatifs.

Puis-je résilier mon assurance ?

Vous pouvez résilier votre assurance en tout temps, par téléphone ou par écrit.

Si vous le faites dans les 30 jours qui suivent la signature de la Proposition d'assurance, nous vous rembourserons les primes payées, s'il y a lieu, et l'assurance sera réputée ne jamais avoir été en vigueur.

Pour résilier votre assurance, vous pouvez :

- Utiliser l'«*Avis de résolution d'un contrat d'assurance*» qui se trouve à la page 26 de ce Guide;
- Écrire une demande de résiliation en vous assurant d'y inscrire les caractéristiques du contrat (numéro de Prêt, transit bancaire, couverture(s) à résilier, signature, date, etc.);
- Contacter notre Service à la clientèle aux heures normales de bureau au **514 871-7500** ou sans frais au **1 877 871-7500**.

L'assurance sera résiliée à la plus tardive des dates suivantes :

- La date à laquelle nous recevons votre avis ou votre demande, par écrit ou par téléphone;
- La date de résiliation que vous aurez demandée.

c) Fin de votre protection d'assurance

Pour toutes les couvertures d'assurance, votre protection prendra fin aussitôt qu'un de ces événements se produira :

Non-paiement des primes : après un retard de plus de 3 mois de paiement de primes;

Résiliation/Annulation : la date à laquelle vous demandez volontairement la résiliation de votre assurance, en nous en avisant à l'avance par écrit ou par téléphone au **1 877 871-7500**, la date à laquelle nous recevons votre demande ou l'annulation de la Police d'assurance collective;

Fin du prêt : la fin de la période d'amortissement ou la date de fermeture du Prêt;

Prise en charge : la date à laquelle le Prêt est pris en charge par un autre créancier ou la date à laquelle ce Prêt (ou une partie du Prêt) est assumé par un autre débiteur qui n'est pas assuré par un certificat d'assurance relatif à ce Prêt;

Âge maximum : le dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 70 ans;

Faillite : la date à laquelle l'entreprise est mise en faillite selon la Loi sur la faillite et l'insolvabilité.

Décès : le décès de l'Assuré, si une prestation d'assurance-vie qui rembourse le Montant Assuré du Prêt est payable;

Diagnostic de Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle : la protection d'assurance-vie prend fin si vous recevez un diagnostic de Maladie Grave ou de Mutilation Accidentelle et qu'une prestation qui rembourse la totalité du Montant Assuré pour l'assurance-vie est payable;

Fin de l'Assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle : le versement d'une prestation Maladies Graves met fin à l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle de tous les Assurés;

Fin de l'Assurance Invalidité : lors que vous et les autres Assurés ont collectivement bénéficié du maximum de 48 mois de Versements Assurés pour l'ensemble des Invalidités survenues pour toute la durée du Prêt;

Fin de l'assurance Invalidité et de l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle : ces couvertures se terminent lorsque l'assurance-vie prend fin.

d) Autre information

Déclaration erronée d'âge ou de sexe

Votre âge à l'adhésion est établi en fonction de l'âge que vous avez atteint lors de votre dernier anniversaire de naissance.

Si votre âge ou votre sexe a été déclaré incorrectement lorsque vous avez complété la Proposition d'assurance, et que vous présentez une demande de réclamation, la prestation payable sera ramenée au montant qui aurait été payé selon votre âge ou votre sexe réel, sans dépasser le Montant Assuré.

Si votre âge réel excède l'âge auquel l'assurance prend fin, aucune prestation n'est payable en vertu de l'assurance. Dans ce cas, le trop-perçu de prime sera remboursé, sans intérêt.

Fausse déclaration concernant l'usage du tabac

Pour être déclaré non-fumeur selon l'assurance, vous devez ne pas avoir fait usage de tabac ou de produit de remplacement de la nicotine, sous aucune forme, au cours des 12 mois qui précèdent la signature de votre Proposition d'assurance.

Si, suite à une fausse déclaration, vous êtes assuré en tant que non-fumeur alors que ce n'est pas le cas, vos protections seront automatiquement annulées rétroactivement à leur date d'entrée en vigueur.

Refinancement du Prêt

Si vous refinancez votre Prêt auprès de la Banque afin d'en augmenter le montant et que vous voulez l'assurer, vous devez remplir une nouvelle Proposition d'assurance et nous la soumettre pour étude. Les conditions de la nouvelle Demande d'assurance, dont les restrictions et les exclusions s'appliquent.

Reconnaissance de l'assurance d'un Prêt antérieur

Si nous refusons de vous assurer pour le nouveau montant de votre Prêt, nous maintiendrons l'assurance détenue sur l'ancien Prêt : les conditions du nouveau certificat d'assurance s'appliqueront pour le Montant Assuré du Prêt antérieur et les taux de primes applicables seront établis en fonction de votre âge au moment de la signature de la nouvelle Demande d'assurance. Les conditions et les restrictions et exclusions qui s'appliquent seront celles de la nouvelle Demande d'assurance.

Toute reconnaissance de l'assurance d'un Prêt antérieur est sujette à l'étude du dossier et est faite sous réserve de l'exactitude des renseignements fournis lors de la première prise d'effet de la Demande d'assurance (Prêt antérieur).

Le montant d'assurance reconnu sera le Montant Assuré du Prêt antérieur à la date du Refinancement sans toutefois dépasser le montant prévu à l'article Prestation maximum du certificat et mentionné à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) de ce Guide.

Si vous détenez l'assurance Invalidité lors du Refinancement, votre nouveau Versement Assuré sera déterminé selon le Montant Assuré du Prêt antérieur à la date du Refinancement par rapport au montant total du nouveau Prêt, sans toutefois dépasser le montant prévu à l'article Prestation maximum du nouveau certificat et mentionné à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) de ce Guide.

Si vous refinancez votre Prêt pendant que vous recevez des prestations d'Invalidité, le montant des prestations et la période d'échéance resteront les mêmes qu'avant le Refinancement, sans toutefois dépasser le montant prévu à l'article Prestation maximum du nouveau certificat et mentionné à la section *Quel est le montant maximum payable pour chaque protection ?* (p. 15) de ce Guide. Les prestations d'Invalidité reçues avant le Refinancement seront reconnues dans la période maximale de prestations d'Invalidité de la nouvelle Demande d'assurance.

2. Réclamation

Voici ce que vous, ou le représentant de votre succession s'il y a lieu, devrez faire pour présenter une demande de réclamation d'assurance.

Réclamation d'assurance-vie

Advenant votre décès, le responsable de votre succession devra communiquer avec notre Service à la clientèle afin de recevoir les formulaires à remplir pour débiter la demande de règlement :

- › Déclaration de la succession;
- › Déclaration du médecin traitant;
- › Autorisation d'obtenir des renseignements médicaux sur la personne décédée.

Ces formulaires devront nous être retournés accompagnés des documents suivants :

- › Certificat ou attestation de décès;
- › Rapport du coroner (si décès accidentel);
- › Copie du testament;
- › Copies des recherches testamentaires obtenues auprès de la Chambre des notaires ET du Barreau du Québec.

Pour les demandes de réclamation en assurance-vie, la demande doit nous être soumise aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Réclamation d'Invalidité

Si un Accident, une Maladie ou une condition médicale vous empêche de travailler ou d'effectuer vos tâches quotidiennes si vous êtes sans emploi, vous pourriez avoir droit à des prestations d'Invalidité.

Veillez communiquer avec notre Service à la clientèle afin de recevoir les formulaires à remplir pour débiter la demande de règlement :

- › Déclaration de l'Assuré;
- › Déclaration du médecin traitant;
- › Déclaration de l'employeur;
- › Autorisations pour obtenir des informations auprès de diverses ressources : médecins, hôpitaux, organismes gouvernementaux et autres.

Vous devrez respecter le Délai de carence de 60 jours avant de pouvoir recevoir des prestations, mais vous pouvez soumettre votre réclamation avant la fin de ce délai.

Vous êtes toujours responsable d'effectuer les paiements dus sur le Prêt pendant le Délai de carence et en tout temps pendant la réclamation.

Vous devez nous transmettre tous les documents au plus tard 1 an à compter de la date de l'Événement Assuré. Dépassé ce délai, vous perdez votre droit de recevoir des prestations pour cette protection.

Fin des prestations d'assurance Invalidité

Nous cesserons de vous verser des prestations d'Invalidité au premier des événements suivants :

Fin de l'Invalidité : la date à laquelle vous n'êtes plus invalide selon la définition d'Invalidité à la page 08 de ce Guide;

Retour au travail : la date à laquelle vous effectuez un retour au travail à temps partiel, à temps plein ou progressif, ou celle à laquelle vous obtenez une assignation temporaire, pour occuper les tâches normales de votre emploi, incluant les travaux légers;

Activités avec compensation financière : dès que vous vous livrez à une activité pour laquelle vous recevez une compensation financière;

Preuves non soumises : si vous ne fournissez pas les preuves d'Invalidité que nous vous demandons, ou ne vous soumettez pas à un examen médical ou à un programme de réhabilitation requis par l'Assureur, nous mettrons fin au versement des prestations;

Fin du Prêt : la fermeture du Prêt, ou la fin de sa période d'amortissement;

Période maximale de prestations : lorsque nous aurons payé 24 versements mensuels consécutifs pour une même Invalidité, ou 48 mois au total, pour l'ensemble des Assurés et toute la durée du Prêt;

Âge maximal : le dernier jour du mois pendant lequel vous aurez atteint 70 ans;

Décès : la date de décès de l'Assuré, si une prestation d'assurance-vie remboursant le Montant Assuré du Prêt est payable à son égard;

Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle : lorsque l'Assuré reçoit un diagnostic de Maladie Grave ou de Mutilation Accidentelle et qu'une prestation remboursant le Montant Assuré du Prêt pour l'assurance-vie est payable à son égard.

Réclamation de Maladies Graves ou Mutilation Accidentelle

Si vous recevez un diagnostic d'une des Maladies graves couvertes, à savoir :

- › un Cancer (mettant la vie en danger)
- › une Crise cardiaque
- › un Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

vous pourriez avoir droit au remboursement total ou partiel de votre Prêt. Veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle pour recevoir les formulaires à remplir pour débiter votre demande de réclamation :

- › Déclaration de l'Assuré;
- › Déclaration du médecin traitant;
- › Autorisations pour obtenir des informations auprès de diverses ressources : médecins, hôpitaux, organismes gouvernementaux et autres.

Selon le cas, vous aurez à y joindre d'autres documents, comme par exemple un rapport de pathologie, un électrocardiogramme ou autre. L'analyste de votre dossier vous en informera.

Vous devez nous transmettre tous les documents au plus tard 1 an à compter de la date de l'Événement Assuré. Après cette date, vous perdez votre droit de recevoir des prestations pour cette protection.

Délai de réponse de l'Assureur après réception d'une réclamation

Normalement, nous vous communiquerons notre décision de vous verser ou non des prestations dans les 60 jours qui suivent la réception de votre réclamation à nos bureaux.

Certains facteurs hors de notre contrôle peuvent prolonger ce délai :

- › Retard possible des médecins ou des hôpitaux à fournir les renseignements/documents demandés;
- › Formulaires incomplets ou non signés;
- › Autres facteurs.

Pour toute question sur votre demande de réclamation, n'hésitez pas à contacter notre Service à la clientèle au **1 877 871-7500**. Nous sommes là pour vous aider!

Appel d'une décision de l'Assureur

Si vous désirez contester une de nos décisions, vous devez faire une demande de révision à l'analyste responsable de votre dossier et y joindre les documents qui justifient votre demande.

Si la situation n'est pas réglée à votre satisfaction, vous pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers (les coordonnées sont en page 25) ou encore votre propre conseiller juridique.

3. Produits similaires

Il existe sur le marché d'autres produits d'assurance qui comportent des garanties semblables à celles présentées dans ce Guide. Vérifiez que vous n'êtes pas déjà couvert par une telle assurance.

4. Référence à l'Autorité des marchés financiers

Pour toute question qui concerne ce produit d'assurance, communiquez d'abord avec nous. Vous trouverez nos coordonnées au début de ce Guide.

Pour toute information supplémentaire sur nos obligations envers vous, communiquez avec :

L'Autorité des marchés financiers

2640, boul. Laurier, 4^e étage, Québec (Québec) G1V 5C1

Téléphone

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

Ailleurs au Québec : 1 877 525-0337

Télécopieur : 418 525-9512

Internet : www.lautorite.qc.ca

Notes personnelles :

Montant de la couverture:

Prime:

Autres:

5. Avis de résolution d'un contrat d'assurance

Avis donné par le distributeur

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

La Loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.

La loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature**. Nous vous accordons 30 jours pour le faire. Pour cela, vous devez nous donner un avis par poste recommandée dans ce délai. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.

Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu (le prêt) demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.

Après l'expiration du délai de 30 jours, vous avez la possibilité de résilier l'assurance en tout temps mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour plus d'information, vous pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au **418 525-0337** ou encore **1 877 525-0337**.

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

Expédier par poste recommandée à :

Assurance-vie Banque Nationale

1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7

Date de l'envoi de cet avis : _____

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat d'assurance sur mon prêt.

Numéro du contrat : _____

Conclu le : _____

N° du prêt : _____

Lieu de signature : _____

Nom du client : _____

Signature du client : _____

Loi sur la distribution de produits et services financiers

439. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique. Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

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

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

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

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

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

443. Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

6. Accès aux renseignements personnels

L'Assureur a mis en place une série de mesures afin de préserver la confidentialité des renseignements personnels.

L'Assureur constituera un dossier d'assurance dans lequel seront inclus tous les renseignements personnels obtenus dans le cadre de la souscription de la Police et de toute réclamation faite en vertu de cette Police. Seuls les employés ou agents responsables de la souscription, de l'administration, des enquêtes et des réclamations ou le réassureur, le cas échéant, auront accès à ce dossier.

Tout dossier sera conservé au bureau de l'Assureur ou de l'un de ses agents. Chaque personne en droit de le faire (vous ou toute personne autorisée) pourra accéder à ses propres renseignements personnels contenus dans ce dossier et pourra, au besoin, demander qu'ils soient corrigés en écrivant à :

Assurance-vie Banque Nationale

Officier d'accès aux renseignements personnels

1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7



GÉRER

Pour des opérations bancaires quotidiennes qui vous simplifient la vie.



FINANCER

Pour la réalisation de tous vos projets selon vos événements de vie.



INVESTIR

Pour des projets à court terme ou pour votre retraite, des solutions et des conseils adaptés.



PROTÉGER

Pour avoir l'esprit tranquille, une protection d'assurance pour vous et vos biens.



TRANSMETTRE

Pour léguer votre patrimoine à ceux qui vous sont chers.



ENTREPRENDRE

Pour accompagner les décideurs dans le développement de leur entreprise.

❖ Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

514 871-7500 (région de Montréal)
1 877 871-7500 (ailleurs au Canada)

assurances@bnc.ca

Assureur : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.

Banque Nationale Assurances est une marque de commerce utilisée par Banque Nationale du Canada et certaines de ses filiales.