

Assurance maladies graves – Police d'assurance

La partie I de cette *police* indique les conditions particulières spécifiques à l'*assuré* (vous), et au *titulaire*, qu'il s'agisse de vous ou d'une autre personne. La partie II (ce document) comprend les conditions générales de votre *contrat d'assurance*.

Partie II – Conditions générales

Nous vous recommandons de lire attentivement ce document pour vous assurer que votre *contrat d'assurance* répond bien à vos besoins.

Période d'examen

Vous avez 30 jours pour en prendre connaissance. Si vous annulez votre *contrat d'assurance* dans les 30 jours après l'avoir reçu, nous vous rembourserons toute prime perçue et votre *contrat d'assurance* sera considéré comme n'ayant jamais été en vigueur. Vous pouvez annuler votre *contrat d'assurance* en tout temps, en communiquant avec nous.



514 871-7500
1 877 871-7500



Assurance-vie Banque Nationale,
Compagnie d'assurance-vie
800, rue Saint-Jacques, bureau 16701,
Montréal (Québec) H3C 1A3



assurances-bnc.ca
assurances@bnc.ca

Dans cette *police*:

- (1) Le *titulaire* peut aussi être l'*assuré*. Dans ce cas, «vous» désigne à la fois le *titulaire* et l'*assuré*.
- (2) «Nous» désigne l'*assureur*, Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.

Les mots en *italique* sont définis et expliqués dans la section 3 (Définitions).

La partie II comprend ce que vous devez savoir concernant votre *contrat d'assurance*. Vous y trouverez la description des protections, les exclusions et le fonctionnement de votre *contrat d'assurance*. Il est important de bien comprendre ces conditions et de ne pas hésiter à communiquer avec nous si vous avez besoin d'explications supplémentaires.

1. À propos de cette police

Cette section porte sur la protection offerte par l'*assureur*.
Les montants des prestations sont indiqués à la Partie I (Conditions particulières).

1.1 LA PROTECTION

L'Assurance maladies graves est une protection dont vous pouvez bénéficier de votre vivant et qui vous offre également une assurance en cas de décès.

- › Lors du *diagnostic* d'une des 3 *maladies graves* couvertes, sous réserve des conditions de cette *police*, nous vous verserons la prestation en cas de *diagnostic* de *maladie grave* choisie à l'adhésion et indiquée à la partie I (Conditions particulières).
- › En cas de décès de l'*assuré* avant l'âge de 65 ans, si le décès n'est pas relié au *diagnostic* de l'une des *maladies graves* couvertes ou si une prestation en cas de *diagnostic* de *maladie grave* ne peut être payée, nous verserons au *bénéficiaire* la prestation d'assurance-vie (somme forfaitaire) indiquée à la partie I (Conditions particulières).

Des exclusions pourraient s'appliquer (voir l'article 1.7 (Limitations et exclusions)).

Les 3 *maladies graves* couvertes sont:

- › le **cancer (mettant la vie en danger)**;
- › la **crise cardiaque**; et
- › l'**accident vasculaire cérébral (AVC)**.

Voir la partie 1.6 (Maladies graves couvertes) de cette *police* pour la définition de chacune des *maladies graves* couvertes et les exclusions les concernant.



**BANQUE
NATIONALE**

ASSURANCES Vie | Santé

1.2 ADMISSIBILITÉ, ASSURABILITÉ ET DURÉE DE L'ASSURANCE

Pour que votre *contrat d'assurance* soit valide, vous devez répondre à certaines conditions lors de la *demande d'assurance*.

Pour accepter la *demande d'assurance*, l'assureur a aussi certains droits qui vous sont expliqués dans cette section.

Le *contrat d'assurance* a un début et une fin, ainsi que certaines règles durant sa période de couverture. Vous trouverez les explications ainsi que quelques exemples dans cette section.

1.2.1. Les conditions d'admissibilité à l'assurance

Pour pouvoir adhérer à l'Assurance maladies graves, vous devez :

- › être âgé de 18 à 59 ans;
- › être citoyen canadien ou résident permanent;
- › être domicilié et avoir été présent au Canada plus de 6 mois au cours des 12 mois précédant la date à laquelle la *demande d'assurance* nous est soumise.

1.2.2. État de santé (assurabilité)

Afin d'évaluer votre *demande d'assurance*, nous vous questionnons sur votre état de santé et vos habitudes de vie. Nous pouvons aussi, à nos frais, demander tout examen médical (par exemple : électrocardiogramme, tests sanguins ou tests de dépistage) afin d'évaluer le risque que représente la *demande d'assurance*. Notre décision sera basée sur l'analyse des renseignements et examens demandés.

1.2.3. Début de l'assurance

L'assurance entre en vigueur à la date à laquelle nous acceptons votre demande.

La date d'entrée en vigueur de votre *contrat d'assurance* est indiquée à la partie I (Conditions particulières) et est applicable seulement si les 3 conditions suivantes sont remplies :

- › Nous avons accepté votre *demande d'assurance*, nous vous avons fait parvenir une copie de votre *contrat d'assurance* et considérons qu'il vous a été livré dans les 10 jours après son expédition à partir de nos bureaux;
- › Nous avons reçu le montant total de la première prime mensuelle ou des informations valides pour le prélèvement électronique des primes;
- › Aucun changement important ne s'est produit dans votre état de santé depuis la date de la *demande d'assurance*.

1.2.4. Période initiale et renouvellement automatique

La période initiale de votre *contrat d'assurance* est de 5 ans. Elle commence à la date d'entrée en vigueur indiquée à la Partie I (Conditions particulières) et se termine à la première date de son renouvellement. La date de renouvellement correspond au 5^e anniversaire suivant la date d'entrée en vigueur.

À la fin de la période initiale de 5 ans, si votre *contrat d'assurance* est toujours en vigueur, nous le renouvelerons automatiquement pour une nouvelle période de 5 ans, sans que vous n'ayez à fournir de preuves de votre état de santé. Nous vous aviserons par écrit, au moins 30 jours à l'avance, du nouveau montant de votre prime.

Le *contrat d'assurance* se renouvellera ensuite tous les 5 ans, pourvu que le *contrat d'assurance* soit en vigueur à la date du renouvellement. Si le *contrat d'assurance* se renouvelle alors que vous avez plus de 60 ans, le *contrat d'assurance* restera alors en vigueur pour le nombre d'années restant jusqu'à votre 65^e anniversaire, ou jusqu'à ce que l'une des éventualités décrites à la section 1.2.5 (Fin du contrat d'assurance) ne survienne.

1.2.5. Fin du contrat d'assurance

Votre *contrat d'assurance* prend fin à la première des éventualités suivantes :

- › Lorsqu'une prestation est versée suite au *diagnostic* d'une des *maladies graves* couvertes par ce *contrat d'assurance*;
- › Au moment où la résiliation volontaire de votre *contrat d'assurance* prend effet et ce, sans avoir besoin du consentement du *bénéficiaire*, qu'il soit irrévocable ou non;
- › À votre 65^e anniversaire;
- › À la date de votre décès;
- › Le lendemain du dernier jour du délai de grâce accordé pour le non-paiement des primes. Vous recevrez une lettre vous avisant du non-paiement, du délai pour rembourser la prime impayée et des conséquences d'un non-paiement de prime sur la validité de votre *contrat d'assurance*;
- › Au moment où votre *contrat d'assurance* est annulé par l'assureur (voir la partie 1.7.3 Fausse déclaration et contestation des déclarations).

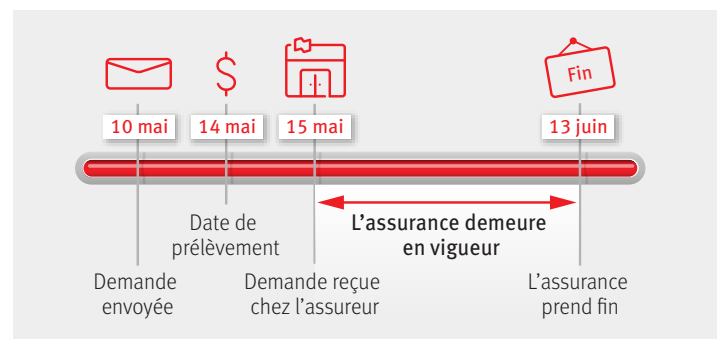
1.2.6. Si vous désirez mettre fin à votre contrat d'assurance après les premiers 30 jours suite à votre adhésion (résiliation volontaire)

En tout temps, vous pouvez mettre fin à votre *contrat d'assurance* sans frais, en communiquant avec nous au **1 877 871-7500**.

Votre *contrat d'assurance* prendra fin à la date de prélèvement de la prime qui suit la plus éloignée des dates suivantes :

- › La date à laquelle vous désirez résilier votre *contrat d'assurance*;
- › La date à laquelle nous recevons votre avis de résiliation volontaire.

Par exemple, vous désirez mettre fin à votre *contrat d'assurance* le 10 mai. Nous recevons votre demande le 15 mai, mais la date de prélèvement est le 14 de chaque mois. Dans ce cas, votre *contrat d'assurance* demeurera en vigueur jusqu'au 13 juin.



Si vous mettez fin à votre *contrat d'assurance* après les 30 premiers jours, aucune prime ne sera remboursée (puisque le *contrat d'assurance* se terminera à la date prévue du paiement) et aucun délai de grâce ne sera accordé.

1.3 PRIMES ET REMISE EN VIGUEUR

Pour que votre *contrat d'assurance* soit en vigueur, des primes doivent être payées à l'*assureur*. Les règles expliquant le paiement des primes figurent ci-dessous.

1.3.1. Date de perception des primes

La première prime mensuelle est perçue 10 jours après votre adhésion et les primes suivantes seront perçues chaque mois, à la date d'entrée en vigueur de votre *police*, mentionnée à la Partie I (Conditions particulières).

Exemple :

Entrée en vigueur de l'assurance	Première prime	Primes suivantes
10 juin	20 juin	le 10 ^e jour de chaque mois

1.3.2. Calcul et paiement des primes

La prime d'assurance est calculée en fonction :

- › de votre sexe et votre âge;
- › de votre statut de tabagisme; et
- › du niveau de protection choisi.

Les primes de ce *contrat d'assurance* sont payables mensuellement à l'*assureur*, en dollars canadiens, plus les taxes applicables selon votre province de résidence.

Les dates de paiement et les montants des primes payables sont indiqués à la Partie I (Conditions particulières).

1.3.3. Garantie des montants de prime

Le montant de votre prime à l'adhésion est garanti pour 5 ans.

Les montants de prime au renouvellement ne sont pas garantis. Ils dépendent de votre âge au renouvellement et sont établis selon les taux de prime en vigueur à ce moment pour ce *contrat d'assurance*.

1.3.4. Période pendant laquelle votre contrat d'assurance demeure en vigueur même si la prime est en retard (délai de grâce)

La durée du délai de grâce est de 30 jours.

Si la prime n'est pas payée à la date prévue du paiement, nous vous accorderons un délai de grâce de 30 jours pour la payer, ce qui signifie que si un événement assuré survient au cours du délai de grâce, le montant de la prime impayée sera déduit de la prestation payable.

Si la prime est toujours impayée après le délai de grâce, votre *contrat d'assurance* prendra fin au plus tôt 15 jours après réception du préavis de terminaison écrit.

1.3.5. Remise en vigueur dans les 30 jours suivant la fin du délai de grâce

Si votre *contrat d'assurance* prend fin parce que les primes n'ont pas été payées, il pourra être remis en vigueur dans les 30 jours suivant la fin du délai de grâce en payant les primes dues, seulement si vous êtes toujours vivant au moment du paiement et que vous n'avez pas reçu un *diagnostic* de l'une des *maladies graves* couvertes.

1.3.6. Remise en vigueur plus de 30 jours après la fin du délai de grâce

Si votre *contrat d'assurance* prend fin parce que les primes n'ont pas été payées et n'est pas remis en vigueur dans les 30 jours suivant la fin du délai de grâce, vous pourrez le remettre en vigueur seulement si les 4 conditions suivantes sont respectées. Vous devrez :

- › remplir un formulaire de remise en vigueur dans les 2 années qui suivent la date de fin de votre *contrat d'assurance*;
- › présenter les preuves d'assurabilité que nous demanderons;
- › être encore assurable selon nos critères; et
- › payer toutes les primes impayées, incluant l'intérêt calculé à un taux déterminé par nous, ainsi que les frais de remise en vigueur de votre *contrat d'assurance*, s'il y a lieu, au moment de l'acceptation de la remise en vigueur.

Nous pouvons vous changer de catégorie de risque et modifier les primes futures payables de votre *contrat d'assurance* si votre assurabilité (habitudes de vie, santé, statut de tabagisme) a changé.

Au moment de la remise en vigueur de votre *contrat d'assurance*, une nouvelle période de 2 ans s'applique, pendant laquelle nous pourrions refuser une réclamation à cause d'un suicide ou d'une fausse déclaration (voir la section 1.7 – Limitations et exclusions).

1.3.7. Remboursement des primes

Les primes payées sont remboursées lors des situations suivantes :

- › Un *diagnostic* de *maladie grave* survient dans les 12 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la *police* et résulte directement ou indirectement d'une cause liée à une condition préexistante.
- › Une fausse déclaration quant à l'état de santé ou l'usage de tabac a été faite, tel qu'expliqué à la partie 1.7.3 (Fausse déclaration et contestation des déclarations) de cette *police*.

1.4 BÉNÉFICIAIRE

Le *bénéficiaire* est la personne qui recevra le montant indiqué à la partie I (Conditions particulières) si la prestation est payable.

1.4.1. Assurance en cas de diagnostic de maladie grave

En cas de *diagnostic* d'une des *maladies graves* couvertes, la prestation est versée à l'*assuré* de son vivant.

Si l'*assuré* est décédé au moment du versement de la prestation, cette dernière sera payable à son *bénéficiaire*, en autant que la demande de prestation ait été faite du vivant de l'*assuré*.

1.4.2. Assurance en cas de décès

En cas de décès de l'*assuré* d'une cause autre que l'une des *maladies graves* couvertes avant l'âge de 65 ans, la prestation d'assurance-vie (somme forfaitaire) sera versée à sa succession ou à son *bénéficiaire*, s'il en a désigné un.

1.4.3. Désignation et changement de bénéficiaire (applicable à la protection en cas de décès des suites d'une cause autre que les maladies graves couvertes avant l'âge de 65 ans)

Vous pouvez en tout temps choisir ou modifier le *bénéficiaire* en remplissant le formulaire de changement de *bénéficiaire* fourni par nous avec cette *police*, ou disponible en communiquant avec notre service à la clientèle dont les coordonnées apparaissent à la page 2.

En cas de désignation irrévocable, le consentement écrit du *bénéficiaire* est requis pour procéder au changement.

Les informations et les règles au sujet du changement de *bénéficiaire* et des pourcentages versés à chacun des *bénéficiaires* sont décrites dans le formulaire que nous fournissons.

En aucun cas nous ne pouvons être tenus responsables de la validité d'une désignation de *bénéficiaire* que vous pourriez effectuer.

1.5 DEMANDE DE RÈGLEMENT

Cette section explique la marche à suivre pour présenter une demande de règlement, ainsi que les documents nécessaires et les délais applicables.

Veuillez noter que les prestations payables en vertu de cette *police* sont non-imposables.

1.5.1. Demande de règlement suite à un diagnostic de maladie grave

En cas de *diagnostic de maladie grave*, nous devons être avisés dans un délai de 30 jours suivant la *date du diagnostic* et la demande de prestation doit être effectuée du vivant de l'*assuré*.

La prestation en cas de *diagnostic de maladie grave* est payable seulement lorsque toutes les pièces justificatives et les résultats de tous les tests ou examens médicaux exigés nous ont été présentés et ont été jugés suffisants. Tous les tests ou examens doivent être faits par un *spécialiste*. Nous pourrions exiger que vous soyez examiné, à nos frais, par des professionnels de la santé que nous aurons désignés.

Tous les documents, incluant le formulaire de demande de règlement que nous fournirons et les pièces justificatives que nous demanderons, doivent nous être transmis **au plus tard 1 an** après la *date du diagnostic*. Après cette date, nous ne serons plus tenus de verser la prestation.

1.5.2. Demande de règlement suite à un décès

Lorsque le décès de l'*assuré* survient alors que le *contrat d'assurance* est toujours en vigueur et que :

- le décès est attribué à une cause autre qu'un *diagnostic* de l'une des *maladies graves* couvertes; ou
- le décès fait suite à un *diagnostic de maladies graves*, mais la demande de prestation *maladies graves* n'a pas été faite du vivant de l'*assuré*,

la demande de règlement doit nous être transmise aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire au moyen des formulaires que nous fournirons et accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- Certificat de décès de l'*assuré*;
- Document indiquant la cause et les circonstances du décès de l'*assuré*;
- Preuve indiquant l'âge ou la date de naissance de l'*assuré*;
- Preuve confirmant le droit du *bénéficiaire* de recevoir les prestations payables (pièce d'identité, testament, etc.), si applicable.

La prestation d'assurance-vie (somme forfaitaire) est payable seulement lorsque toutes les pièces justificatives et tous les documents exigés ont été présentés et jugés satisfaisants par nous.

1.6 MALADIES GRAVES COUVERTES

Les *maladies graves* couvertes sont décrites dans cette section. Vous y trouverez aussi des exclusions et des situations pour lesquelles la protection ne s'applique pas.

Les *maladies graves* couvertes par le *contrat d'assurance* sont :

- le cancer (mettant la vie en danger);
- la crise cardiaque; et
- l'accident vasculaire cérébral,

répondant aux critères prévus dans cette *police*.

Le *diagnostic* doit être posé par un *spécialiste* autorisé à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis.

En l'absence ou la non-disponibilité d'un *spécialiste*, un *diagnostic de maladie grave* peut être posé par un médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États-Unis, seulement si l'*assureur* donne son accord.

Tout *diagnostic de maladie grave* doit être confirmé par une preuve médicale objective.

1.6.1. 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*.

MISE EN GARDE

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AU CANCER (METTANT LA VIE EN DANGER)

Le cancer doit répondre à la définition de la *police* pour que la prestation soit payable.

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).

Les définitions des termes « Tis, Ta, T1a, T1b, 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 cette *police*.

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

1.6.2. 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*.

MISE EN GARDE

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA 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 cette *police*.

1.6.3. Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extra crânienne, 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*.

MISE EN GARDE

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

L'accident vasculaire cérébral doit répondre à la définition de la *police* 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 ci-dessus.

1.7 LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Cette section vous explique en détail les exclusions d'ordre général qui s'appliquent à vos protections. Vous trouverez les exclusions spécifiques à chaque *maladie grave* couverte à la partie 1.6 (Maladies graves couvertes).

MISE EN GARDE

1.7.1 EXCLUSIONS RELATIVES À TOUTES LES MALADIES GRAVES COUVERTES

PÉRIODE DE SURVIE

La prestation en cas de *diagnostic* de *maladie grave* prévue aux termes de cette *police* et indiquée à la partie I (Conditions particulières) ne sera pas payable si l'*assuré* décède au cours de la période de survie, c'est à dire dans les 30 jours qui suivent la *date du diagnostic*. Cette exclusion s'applique, peu importe que le décès soit lié ou non à l'une des *maladies graves* couvertes, sauf en cas de *diagnostic* de cancer.

Cela signifie que :

- › Si un *diagnostic* de cancer est posé, et qu'un décès survient dans les 30 jours suivant ce *diagnostic*, une prestation en cas de *diagnostic* de *maladie grave* pourrait être versée, suite à l'étude de la demande, que le décès soit relié ou non au *diagnostic* de cancer.
- › Si un *diagnostic* de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral est posé, et qu'un décès survient dans les 30 jours suivant ce *diagnostic*, la prestation en cas de *diagnostic* de *maladie grave* ne sera pas payable, que le décès soit relié ou non à ce *diagnostic*. Cependant, la prestation d'assurance-vie (somme forfaitaire) prévue et indiquée à la partie I (Conditions particulières) sera versée à votre *bénéficiaire*.

Si le décès est attribuable à une autre cause que l'une des *maladies graves* couvertes et survient avant l'âge de 65 ans, ou si le décès est relié au *diagnostic* de l'une des *maladies graves* couvertes, mais que la demande de prestation n'a pas été présentée du vivant de l'*assuré*, la prestation d'assurance-vie (somme forfaitaire) prévue et indiquée à la Partie I (Conditions particulières) sera versée à votre *bénéficiaire*, que le décès survienne pendant ou après la période de survie.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

AUCUNE PRESTATION N'EST PAYABLE POUR UNE MALADIE GRAVE QUI :

est diagnostiquée dans les 12 MOIS QUI SUIVENT la date de prise d'effet de la *police* ET qui est causée, directement ou indirectement, par une maladie ou des symptômes pour lequel vous avez :

- › 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 la *police*.

1.7.2. Suicide

Au cours des 2 années suivant l'entrée en vigueur de votre *contrat d'assurance*, la prestation d'assurance-vie (somme forfaitaire) ne sera pas versée si le décès est dû à un suicide ou est relié à des blessures volontairement infligées, quelle que soit votre condition mentale à ce moment.

Cette exclusion s'applique aussi lors de la remise en vigueur de votre *contrat d'assurance*, comme indiqué à la section 1.3.

Dans ces situations, la prestation n'est pas payable, mais nous rembourserons toutes les primes payées, sans intérêts, depuis l'entrée en vigueur ou depuis la date de remise en vigueur de votre *contrat d'assurance*.

1.7.3. Fausse déclaration et contestation des déclarations

Si la *demande d'assurance* comporte une fausse déclaration ou laisse entrevoir la possibilité d'une information inexacte, sauf en ce qui a trait à votre âge ou à votre sexe, votre *contrat d'assurance* sera annulé et les primes payées vous seront remboursées, sans intérêts, depuis l'entrée en vigueur ou depuis la date de remise en vigueur de votre contrat d'assurance. Par ailleurs, en l'absence de fraude, un *contrat d'assurance* qui a été en vigueur pendant 2 ans ne peut pas être annulé.

Si votre *contrat d'assurance* a été résilié puis remis en vigueur, ou si votre *contrat d'assurance* a été modifié et qu'une nouvelle preuve d'assurabilité a été présentée, le délai de 2 ans pendant

lequel nous pouvons exercer notre droit de contestation s'applique à toutes les déclarations qui auraient été requises pour cette remise en vigueur ou cette modification.

L'omission de déclarer l'usage du tabac, de cigarette électronique ou de produits de remplacement de la nicotine, sous quelque forme que ce soit, dans la *demande d'assurance* est considéré un fait important et constitue une fausse déclaration.

1.7.4. Déclaration erronée d'âge ou de sexe

L'âge est déterminé à l'adhésion, selon l'âge atteint lors de votre dernier anniversaire.

Si vous payez des primes trop basses ou trop élevées en raison d'une erreur au niveau de votre sexe ou de votre âge au moment de la *demande d'assurance*, nous ajusterons le montant des primes pour qu'il corresponde à votre sexe réel ou à votre âge réel, et la différence entre les primes effectivement payées et celles qui auraient dû l'être vous sera facturée ou remboursée, selon la situation.

Au moment d'une réclamation, si votre âge excède l'âge auquel la protection prend fin, soit 65 ans, aucune prestation n'est payable. Dans ce cas, seules les primes payées en trop seront remboursées.

S'il est établi que votre âge véritable lors de la *demande d'assurance* ne respectait pas les critères d'admissibilité (être âgé de 18 à 59 ans), nous annulerons votre *contrat d'assurance* et rembourserons les primes versées, sans intérêt.

1.8 TABLEAU DES PRESTATIONS

Ce tableau indique à quel moment une prestation peut être payable en cas de *diagnostic* de *maladie grave* ou de décès, ainsi que lorsqu'un remboursement de primes peut être effectué, sous réserve des modalités de la présente *police*.

Situation	Prestation payable
<i>Diagnostic</i> d'une des <i>maladies graves</i> couvertes*	Prestation en cas de <i>diagnostic</i> de <i>maladie grave</i> (montant choisi 25 000 \$ ou 50 000 \$)
Décès d'une cause autre qu'un <i>diagnostic</i> de l'une des <i>maladies graves</i> couvertes avant l'âge de 65 ans	Prestation d'assurance-vie (somme forfaitaire 5 000 \$ ou 10 000 \$)
Décès relié au <i>diagnostic</i> de l'une des <i>maladies graves</i> couvertes alors que la demande de prestation <i>maladies graves</i> n'a pas été faite du vivant de l' <i>assuré</i>	
Décès au cours de la <i>période de survie</i> :	
› lorsqu'une demande de prestation en cas de <i>diagnostic</i> de <i>maladie grave</i> a été présentée cancer seulement*	Prestation en cas de <i>diagnostic</i> de <i>maladie grave</i> (montant choisi 25 000 \$ ou 50 000 \$)
› lorsqu'une demande de prestation en cas de <i>diagnostic</i> de <i>maladie grave</i> a été présentée AVC ou crise cardiaque	Prestation d'assurance-vie (somme forfaitaire 5 000 \$ ou 10 000 \$)
› d'une cause non reliée au <i>diagnostic</i> de l'une des <i>maladies graves</i> couvertes avant 65 ans	
› alors que la demande de prestation en cas de <i>diagnostic</i> de <i>maladie grave</i> n'a pas été faite du vivant de l' <i>assuré</i>	
Lors d'une réclamation, en cas de :	
› refus pour conditions préexistantes	Aucune prestation payable, mais remboursement des primes perçues depuis l'entrée en vigueur ou la plus récente remise en vigueur de la <i>police</i>
› refus pour fausse déclaration	
› suicide qui survient au cours des 2 années suivant l'entrée en vigueur de la <i>police</i> ou sa remise en vigueur	

* Pour que la prestation en cas de *diagnostic* de *maladie grave* soit payable, la demande de prestation doit être faite du vivant de l'assuré.

1.9 DROITS ET OPTIONS DU TITULAIRE

Vos droits concernant votre *contrat d'assurance* sont détaillés dans cette section.

1.9.1. Droit de propriété

Vous êtes le propriétaire de votre *contrat d'assurance* et vous seul pouvez demander à l'*assureur* d'y apporter des modifications, et ce, sans avoir besoin du consentement du bénéficiaire, qu'il soit irrévocable ou non.

1.9.2. Droit de transfert ou de cession

Vous pouvez céder ou transférer la propriété de votre *contrat d'assurance* à une autre personne. Si c'est le cas, vous devez nous aviser par écrit. Nous ne pouvons en aucun cas être tenus responsables de la validité de ce transfert.

La présente *police* ne peut être mise en gage.

1.9.3. Droit de participation

Votre *contrat d'assurance* est un *contrat d'assurance* sans participation. Il ne donne pas droit à la distribution des surplus ou des profits qui peuvent être déclarés par l'*assureur*.

1.9.4. Transformation

Vous ne pourrez pas transformer votre *contrat d'assurance* en contrat d'assurance permanente ou en un autre type de police d'assurance.

1.9.5. Valeur de rachat et avance

Votre *contrat d'assurance* n'a pas de valeur de rachat et ne confère aucun droit d'avance sur police ni la possibilité d'obtenir une assurance libérée ou prolongée.

1.9.6. Copie du contrat d'assurance

Vous pouvez obtenir une copie de votre *police* d'assurance ainsi que des avenants qui y ont été ajoutés, le cas échéant, en nous faisant une demande par écrit, ou en communiquant avec notre Service à la clientèle. Vous trouverez les coordonnées pour nous joindre à la page 2 de cette *police*.

Seul l'*assuré* peut obtenir une copie complète du *contrat d'assurance* en nous faisant une demande écrite.

1.9.7. Cumul de polices

Le montant total des *polices* d'Assurance maladies graves que vous détenez auprès de l'*assureur* ne peut excéder 50 000 \$.

2. Clauses complémentaires

2.1.1. Lois applicables

Votre *contrat d'assurance* est régi par les lois de la province ou du territoire de votre lieu de résidence et par les lois applicables au Canada.

2.1.2. Modifications à la police

Suite à l'entrée en vigueur de votre *contrat d'assurance*, nous pourrions effectuer des modifications que nous jugeons appropriées pour répondre à des changements au niveau des lois ou des règlements.

Tout changement au niveau des engagements de l'*assureur* ou des obligations de l'*assuré* devra être communiqué par écrit au *titulaire* qui devra donner son accord par écrit pour que les modifications entrent en vigueur. Ces modifications feront partie intégrante du *contrat d'assurance*.

S'il s'agit d'une modification apportée au moment du renouvellement du *contrat d'assurance*, elle sera indiquée dans un document distinct et sera présumée acceptée par le *titulaire* 30 jours après la réception du document.

2.1.3. Avis

Tout avis devant être transmis par écrit à l'*assureur* doit être envoyé à l'adresse indiquée sur la page suivante. Nous recommandons de nous envoyer les documents importants par courrier recommandé ou par messenger, en prenant soin de conserver une copie de l'avis avec la preuve d'envoi.

2.1.4. Délai de prescription des actions

Toute action ou poursuite contre l'*assureur*, pour recouvrer des sommes payables en vertu de votre *contrat d'assurance*, doit être intentée dans le délai prescrit par la législation provinciale applicable.

Résidents de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Manitoba

Les actions ou les poursuites visant le recouvrement auprès de l'*assureur* des sommes assurées au titre du contrat sont prescrites de façon absolue à moins qu'elles ne soient intentées dans le délai prévu par la *Loi sur les assurances*.

Résidents de l'Ontario

Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par le délai indiqué dans la Loi de 2002 sur la prescription des actions.

Résidents du Québec

Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par 3 ans.

Résidents des autres provinces

Pour connaître les délais de prescription applicables, consultez l'organisme de réglementation de votre province ou votre conseiller juridique.

2.1.5. Particularités provinciales

Selon votre province de résidence, un document supplémentaire pourrait faire partie de votre *contrat d'assurance*.

2.1.6. Délivrance de la police

L'*assureur* peut délivrer la *police* par la poste ou par voie électronique, aux coordonnées fournies par l'*assuré* lors de l'adhésion.

3. Définitions

Les définitions suivantes sont applicables à cette *police* et vous aideront à comprendre certains termes utilisés dans le domaine de l'assurance et dans cette *police*.

Assuré	Personne assurée par le <i>contrat d'assurance</i> . Cette personne est désignée à la partie I (Conditions particulières).
Assureur	Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, dont la place d'affaires est située au 800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3.
Bénéficiaire	Désigne l' <i>assuré</i> , s'il est vivant; s'il est décédé, sa succession ou toute autre personne désignée par le <i>titulaire</i> dans un document écrit reçu au siège social de l' <i>assureur</i> .
Contrat d'assurance	Accord juridique conclu avec votre <i>assureur</i> énonçant les modalités de votre couverture. Le <i>contrat d'assurance</i> se compose des éléments suivants: › La <i>demande d'assurance</i>; › La Partie I – Conditions particulières de la <i>police</i>; › La Partie II – Conditions générales de la <i>police</i>; › Tout avenant (modification apportée à votre <i>police</i> après son entrée en vigueur) ou autre document énonçant les particularités législatives dans votre province de résidence; › Toute déclaration présentée dans le cadre de la <i>demande d'assurance</i>, remise à l'<i>assureur</i> ou à un de ses mandataires.
Date du diagnostic	Date à laquelle le <i>spécialiste</i> pose le <i>diagnostic</i> pour la première fois, comme en témoigne le dossier médical de l' <i>assuré</i> .
Demande d'assurance	<i>Demande d'assurance</i> auprès de l' <i>assureur</i> . Le formulaire est rempli par écrit, par voie électronique ou verbalement. Toutes les déclarations du <i>titulaire</i> et de l' <i>assuré</i> , incluant les déclarations de santé, font partie de la <i>demande d'assurance</i> .
Diagnostic	Désigne un <i>diagnostic</i> d'accident vasculaire cérébral, cancer (mettant la vie en danger) ou crise cardiaque, posé par un médecin <i>spécialiste</i> autorisé à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis. Le <i>diagnostic</i> doit être corroboré par une preuve médicale objective.
Maladie grave	Désigne exclusivement les <i>maladies graves</i> suivantes: accident vasculaire cérébral, cancer (mettant la vie en danger) et crise cardiaque, telles que décrites à la section 1.6 (Maladies graves couvertes).
Période de survie	Désigne la période qui débute à la date du <i>diagnostic</i> et qui se termine 30 jours suivant la <i>date du diagnostic</i> . La <i>période de survie</i> n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que l' <i>assuré</i> est sous le soin d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardé en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit. L' <i>assuré</i> doit être vivant à la fin de la <i>période de survie</i> et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau. Pour plus de détails, voir l'article 1.7.1 (Exclusions relatives à toutes les maladies graves couvertes) et l'article 1.8 (Tableau des prestations).
Police	Le document principal indiquant les modalités de votre couverture d'assurance avec votre <i>assureur</i> , incluant les conditions générales et les conditions particulières de votre couverture.
Spécialiste	Médecin spécialiste qui détient un permis d'exercice et détient une formation médicale spécialisée en lien avec la <i>maladie grave</i> pour laquelle la prestation en cas de <i>diagnostic</i> de <i>maladie grave</i> est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Le <i>spécialiste</i> ne peut pas être le <i>titulaire</i> , l' <i>assuré</i> ou un <i>bénéficiaire</i> , ni un membre de la famille, le conjoint ou un partenaire d'affaires du <i>titulaire</i> , de l' <i>assuré</i> ou d'un <i>bénéficiaire</i> .
Titulaire	Propriétaire du <i>contrat d'assurance</i> et la seule personne (physique ou morale) qui peut demander à l' <i>assureur</i> d'y apporter des modifications. Le <i>titulaire</i> peut aussi être l' <i>assuré</i> . Le nom du <i>titulaire</i> apparaît à la Partie I (Conditions particulières).



31251-501 (2024/05)

✚ Pour toute information, communiquez avec nous :



514 871-7500
1 877 871-7500



Assurance-vie Banque Nationale,
Compagnie d'assurance-vie
800, rue Saint-Jacques, bureau 16701,
Montréal (Québec) H3C 1A3



assurances-bnc.ca
assurances@bnc.ca

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

Banque Nationale Assurances Vie | Santé est une marque de commerce utilisée par Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.



**BANQUE
NATIONALE**

ASSURANCES Vie | Santé