

Police d'Assurance vie temporaire 20 ans

La Partie I de cette *police* indique les conditions particulières propres à votre situation et celle de l'*assuré*.
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.

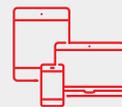
Vous avez 30 jours pour en prendre connaissance. Si vous annulez votre *contrat d'assurance* dans les 30 jours après l'avoir reçu, toute prime perçue vous sera remboursée et votre *contrat d'assurance* sera considéré comme n'ayant jamais été en vigueur. Vous pouvez en tout temps annuler votre *contrat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



514 871-7500
1 877 871-7500



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



assurances-bnc.ca
assurances@bnc.ca

Dans cette *police*, «vous» désigne le *titulaire* alors que «nous» désigne l'*assureur*, Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie. Les mots en italique sont définis et expliqués dans la section 2 (Définitions).

Dans cette *police*, le *titulaire* peut aussi être l'*assuré*. Dans ce cas, «vous» et «l'*assuré*» désignent la même personne.

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

1.1 LES PROTECTIONS

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

1.1.1. Assurance-vie

Au décès de l'*assuré*, nous verserons au bénéficiaire la prestation d'assurance-vie, selon les conditions prévues dans votre *contrat d'assurance*.

1.1.2. Assurance additionnelle en cas de décès accidentel

Au décès de l'*assuré*, nous verserons au bénéficiaire la prestation additionnelle en cas de décès accidentel si le décès de l'*assuré* résulte des suites d'un *accident*. Cette prestation est payable en plus de la prestation d'assurance-vie, selon les conditions prévues dans votre *contrat d'assurance*.

1.1.3. Assurance en cas de diagnostic de maladie grave

Votre *contrat d'assurance* prévoit aussi le versement d'une prestation à la suite d'un diagnostic de cancer (mettant la vie en danger), de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral répondant aux critères prévus dans la section 1.6 (Maladies graves couvertes).

Le montant de la prestation pour l'assurance en cas de diagnostic de *maladie grave* est déterminé en fonction du montant de la prestation d'assurance-vie prévu dans votre *contrat d'assurance* et est indiqué à la Partie I (Conditions particulières). Le montant maximum payable est de 30 000 \$ par *assuré*, peu importe le nombre de contrats d'assurance vie temporaire détenus avec nous.

Le paiement d'une prestation en cas de diagnostic de *maladie grave* n'a aucun impact sur les montants de primes payables, ceux-ci étant garantis pour toute la durée de votre *contrat d'assurance*.



**BANQUE
NATIONALE**

ASSURANCES Vie | Santé

1.2 ADMISSIBILITÉ, ASSURABILITÉ ET DURÉE DE L'ASSURANCE

Pour que votre *contrat d'assurance* soit valide, l'assuré doit 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. Conditions pour être admissible à l'assurance (admissibilité)

Pour être admissible, l'assuré doit remplir les 3 conditions suivantes :

- › être âgé de 18 à 50 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 la *demande d'assurance*, nous demandons certains renseignements à l'assuré sur son état de santé et ses 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*. L'analyse de ces renseignements nous permet de prendre notre décision.

1.2.3. Début de l'assurance

La date d'entrée en vigueur du *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 avons reçu le montant total de la première prime mensuelle ou des coordonnées valides pour le prélèvement électronique des primes;
- › aucun changement important ne s'est produit dans l'état de santé de l'assuré depuis la date de la *demande d'assurance*.

1.2.4. Période initiale et renouvellement automatique

La période initiale de votre *contrat d'assurance* commence à sa date d'entrée en vigueur comme indiquée à la Partie I (Conditions particulières), et se termine à la première date de son renouvellement. La date de renouvellement correspond au 20^e anniversaire suivant la date d'entrée en vigueur.

À la fin de la période initiale de 20 ans, si votre *contrat d'assurance* est toujours en vigueur, nous le renouvelerons automatiquement pour une nouvelle période de 20 ans, sans que l'assuré ait à fournir de preuve de son état de santé. Le renouvellement automatique aura lieu tous les 20 ans par la suite, jusqu'à ce que l'assuré atteigne l'âge de 70 ans. Si votre *contrat d'assurance* est renouvelé après que l'assuré ait atteint l'âge de 50 ans, votre *contrat d'assurance* prendra fin à la date du 70^e anniversaire de l'assuré.

Les dates de renouvellement ainsi que la date d'échéance de votre *contrat d'assurance* sont indiquées à la Partie I (Conditions particulières).

1.2.5. Fin du contrat d'assurance

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

- › au décès de l'assuré;
- › 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;
- › au moment où votre *contrat d'assurance* est annulé par l'assureur (voir la clause 1.7.4);

- › au 70^e anniversaire de l'assuré;
- › le lendemain du dernier jour du délai de grâce accordé pour le non-paiement des primes.

1.2.6. Fin de la protection en cas de diagnostic de maladie grave

La protection en cas de diagnostic de *maladie grave* se termine dès que survient l'une ou l'autre des éventualités suivantes :

- › la prestation en cas de diagnostic de maladie grave est versée par l'assureur;
- › votre *contrat d'assurance* prend fin.

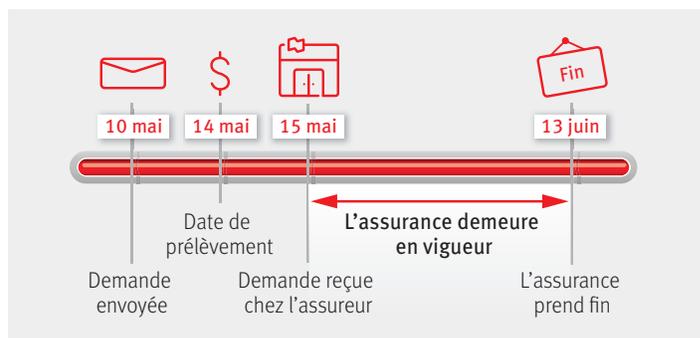
1.2.7. Si vous désirez mettre fin à votre contrat d'assurance après les premiers 30 jours (résiliation volontaire)

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, si vous désirez mettre fin à votre *contrat d'assurance* le 10 mai et que nous recevons votre demande le 15 mai, si la date de prélèvement est le 14 de chaque mois, votre *contrat d'assurance* demeurera en vigueur jusqu'au 13 juin.



Si vous mettez fin à votre *contrat d'assurance*, aucune prime ne sera remboursée 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. Paiement des primes

Les primes de ce *contrat d'assurance* sont payables mensuellement à l'assureur, en dollars canadiens. Les dates et les montants des primes payables sont indiqués à la Partie I (Conditions particulières).

1.3.2. Garantie des montants de primes

Nous garantissons que les montants de primes indiqués à la Partie I (Conditions particulières), incluant les primes de renouvellement, ne seront pas modifiés.

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

Si la prime n'est pas payée à sa date de paiement, nous vous accordons un délai de grâce de 30 jours pour la payer, sauf pour la première prime.

Si un événement assuré survient au cours de cette période de 30 jours, 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.

1.3.4. 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 l'*assuré* est toujours vivant au moment du paiement.

1.3.5. 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, il pourra être remis 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*;
- › l'*assuré* devra présenter les preuves d'assurabilité que nous demanderons;
- › l'*assuré* devra être encore assurable selon nos critères;
- › vous devrez 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 changer l'*assuré* de catégorie de risque et modifier les primes futures payables de votre *contrat d'assurance* si son 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 (Exclusions et limitations)).

1.4 BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est la personne qui recevra un montant en vertu du *contrat d'assurance* si la prestation est payable. Cette section vous indique qui est le bénéficiaire et les procédures pour changer le bénéficiaire.

1.4.1. Assurance-vie et assurance additionnelle en cas de décès accidentel

Le bénéficiaire pour l'assurance-vie et l'assurance additionnelle en cas de décès accidentel est le *titulaire*, ou sa succession dans le cas où le *titulaire* est une personne physique, à moins d'indication contraire du *titulaire*.

1.4.2. Assurance en cas de diagnostic de maladie grave

Si le *titulaire* est une personne physique, le bénéficiaire de la prestation en cas de diagnostic de *maladie grave* est l'*assuré*. Si l'*assuré* est décédé au moment du versement de la prestation, cette dernière sera payable au bénéficiaire de l'assurance-vie, tel que défini à la section 1.4.1.

Si le *titulaire* est une personne morale, le bénéficiaire de la prestation en cas de diagnostic de maladie grave est le *titulaire*.

1.4.3. Changement de bénéficiaire

Vous pouvez en tout temps modifier le bénéficiaire en remplissant un formulaire de changement de bénéficiaire fourni par nous.

Si un bénéficiaire est nommé de façon irrévocable, son consentement écrit 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.

1.5 DEMANDE DE RÈGLEMENT

Cette section explique la marche à suivre pour faire une réclamation, ainsi que les documents nécessaires et les délais maximaux applicables.

1.5.1. Demande de règlement en cas de décès

Au décès 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 (pièces d'identité, testament, etc.), si applicable.

Une prestation en cas de décès est payable seulement lorsque toutes les pièces justificatives et tous les documents exigés ont été présentés et jugés suffisants par nous.

1.5.2. Demande de règlement en cas de diagnostic de maladie grave

En cas de diagnostic de *maladie grave* de l'*assuré*, nous devons être avisés dans les 30 jours suivant la *date du diagnostic*. 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*.

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.

1.6 MALADIES GRAVES COUVERTES

Seules certaines *maladies graves* sont couvertes par la protection en cas de diagnostic de *maladie grave*. Celles-ci sont décrites dans cette section. Aussi, vous y trouvez des exclusions et des situations où la protection ne s'applique pas.

Les *maladies graves* couvertes par le *contrat d'assurance* sont seulement 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. Accident vasculaire cérébral

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.

1.6.2. 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 d'entrée en vigueur de votre *contrat d'assurance* ou la date d'effet de la dernière remise en vigueur, 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 votre *contrat d'assurance*), peu importe la date d'établissement du diagnostic;
- › a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non par votre *contrat d'assurance*).

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 métastase;
- › 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 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 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.

1.6.3. 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 cette police.

1.7 EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Il y a des exclusions qui s'appliquent à certaines protections. Il y a des exclusions dans le temps, des exclusions de situations et des exclusions prévues dans les lois applicables. Cette section vous explique celles-ci en détail.

1.7.1. Suicide

Au cours des 2 années suivant l'entrée en vigueur de votre *contrat d'assurance*, aucune prestation en cas de décès ne sera versée si le décès de l'*assuré* est dû à un suicide ou est relié à des blessures que l'*assuré* s'est volontairement infligées, quelle que soit sa condition mentale. Dans ce cas, la prestation n'est pas payable, mais nous rembourserons toutes les primes payées, sans intérêt.

Cette exclusion s'applique aussi lors de la remise en vigueur de votre *contrat d'assurance*, comme indiqué à la section 1.3.5. Dans ce cas, la prestation n'est pas payable mais nous rembourserons toutes les primes payées depuis la date de remise en vigueur de votre *contrat d'assurance*, sans intérêt.

1.7.2. Exclusions en cas de décès accidentel

Aucune prestation additionnelle en cas de décès accidentel n'est payable si le décès de l'*assuré* résulte directement ou indirectement d'une des causes suivantes :

- › **guerre** : de la guerre ou de tout acte de guerre, que l'*assuré* y ait participé ou non;
- › **terrorisme** : de tout acte terroriste;
- › **émeute** : de toute participation active de l'*assuré* à une agitation populaire, émeute ou insurrection;
- › **aéronef** : de toute participation active de l'*assuré* à un vol dans un avion ou tout autre type d'aéronef, que ce soit à titre de pilote, de membre d'équipage, d'instructeur ou d'étudiant;
- › **activité dangereuse** : de la participation de l'*assuré* à une activité dangereuse telle que course motorisée, plongée sous-marine à plus de 30 mètres de profondeur, parachutisme, vol libre, saut à l'élastique (bungee), alpinisme, planeur, ultraléger ou deltaplane;
- › **acte criminel** : de blessures subies pendant que l'*assuré* commet ou tente de commettre une infraction au Code criminel;
- › **alcool et drogue** : de la consommation abusive de médicaments ou d'alcool ou de la consommation de stupéfiants. La consommation abusive de médicaments est celle qui dépasse la posologie recommandée. La consommation abusive d'alcool est celle qui entraîne un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
- › **traitements médicaux ou chirurgicaux** : de traitement médical ou chirurgical, ou de complications survenant après ce genre de traitement, sauf si le traitement est rendu nécessaire par suite directe d'un *accident* subit par l'*assuré*;

- › **suicide et blessure volontaire** : d'un acte de suicide de l'*assuré* ou des complications d'une tentative de suicide, ou des complications d'une blessure volontaire de l'*assuré*, quelle que soit sa condition mentale.

Aussi, la prestation additionnelle en cas de décès accidentel n'est pas payable si le décès de l'*assuré* survient plus de 365 jours après la date de l'*accident*.

1.7.3. Exclusions relatives aux maladies graves couvertes

La prestation en cas de diagnostic de *maladie grave* ne sera pas payable si l'arrêt irréversible des fonctions cérébrales de l'*assuré* survient dans les 30 jours suivant la *date du diagnostic*. Dans ce cas, seule la prestation d'assurance-vie sera payable.

Aussi, cette *police* prévoit des exclusions spécifiques applicables à chacune des *maladies graves* et pour lesquelles la prestation en cas de diagnostic de *maladie grave* ne sera pas payable, comme indiqué dans la section 1.6 (Maladies graves couvertes).

1.7.4. Fausse déclaration et contestation des déclarations

Si un fait important est omis dans une déclaration faisant partie de la *demande d'assurance* ou si une déclaration est fautive, votre *contrat d'assurance* est automatiquement annulé et les primes payées vous sont remboursées sans intérêt, sauf en cas d'erreur sur l'âge ou le sexe.

Cependant, les déclarations faites dans la *demande d'assurance* sont réputées vraies, et nous ne les contesterons pas si votre *contrat d'assurance* est en vigueur depuis au moins 2 ans alors que l'*assuré* est vivant, sauf s'il s'agit d'une déclaration sur l'âge ou le sexe de l'*assuré*, ou si nous soupçonnons une fraude.

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 (auquel fait référence les paragraphes précédents) 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 fautive déclaration.

1.7.5. Déclaration erronée d'âge ou de sexe

Si vous payez des primes trop basses en raison d'une erreur au niveau du sexe ou de l'âge de l'*assuré* au moment de la *demande d'assurance*, nous ajusterons le montant assuré à la baisse en fonction de l'âge réel ou du sexe réel de l'*assuré* au moment de la *demande d'assurance*, et des primes qui ont été payées.

Exemple :

Au moment de la *demande d'assurance*, le montant d'assurance choisi est de 300 000 \$ pour une prime mensuelle de 50 \$.

Étant donné l'âge véritable de l'*assuré* au moment de la *demande d'assurance*, la prime de 50 \$ équivaut à un montant assuré de 254 000 \$. C'est ce montant qui sera versé.

Si vous payez des primes trop élevées en raison d'une erreur au niveau du sexe ou de l'âge de l'*assuré* au moment de la *demande d'assurance*, le montant assuré demeurera le même, mais les primes versées en trop seront remboursées, sans intérêt.

Si l'âge réel de l'*assuré* excède 70 ans, aucune prestation n'est payable et seules les primes qui auront été versées en trop seront remboursées, sans intérêt.

Au moment où la *demande d'assurance* nous est soumise, si l'âge véritable de l'*assuré* ne respecte pas les critères d'admissibilité (être âgé de 18 à 50 ans), nous annulerons votre *contrat d'assurance* et rembourserons les primes versées, sans intérêt.

1.8 DROITS ET OPTIONS DU TITULAIRE

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

1.8.1. Droit de propriété

Tant que l'*assuré* est vivant, 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.

Si vous êtes une personne physique et que vous n'êtes pas l'*assuré*, advenant votre décès, votre succession deviendra propriétaire de votre *contrat d'assurance*, à moins que vous ayez désigné un propriétaire substitut. Vous pouvez désigner un propriétaire substitut en tout temps en nous soumettant une demande écrite.

1.8.2. Droit de transfert

Vous pouvez 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.

1.8.3. 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*.

1.8.4. Transformation

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

1.8.5. 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.

1.8.6. 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.

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

1.9 CLAUSES COMPLÉMENTAIRES

1.9.1. Lois applicables

Votre *contrat d'assurance* est régi par les lois applicables au Canada.

1.9.2. 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. Pour être en vigueur, ces modifications devront être communiquées par écrit au titulaire. Ces modifications feront partie intégrante du *contrat d'assurance*.

1.9.3. 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.

1.9.4. 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.

1.9.5. Particularités provinciales

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

2. 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*.

Accident	Événement provenant de causes externes, violentes, soudaines et involontaires causant directement une atteinte corporelle, indépendamment de toute maladie ou autre cause. L'atteinte corporelle doit être constatée par un médecin autorisé à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis.
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.
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: <ul style="list-style-type: none">› 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) et le document Particularités provinciales;› 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 diagnostic 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> .
Maladie grave	Désigne exclusivement les maladies graves suivantes : accident vasculaire cérébral, cancer (mettant la vie en danger) et crise cardiaque, telles que décrites à la section 1.6 (Maladies graves couvertes).
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 diagnostic de <i>maladie grave</i> est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Le spécialiste ne peut pas être le <i>titulaire</i> , l' <i>assuré</i> ou un bénéficiaire, 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 bénéficiaire.
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).

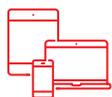
✦ Pour toute information, communiquez avec nous :



514 871-7500
1 877 871-7500



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



assurances-bnc.ca
assurances@bnc.ca



31199-501 (2024/05)

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.