BANQUE NATIONALE
ASSURANCES

800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3

PROPOSITION D'ASSURANCE-PRÊT AUX ENTREPRISES

Marge de crédit commerciale et Billet à demande commercial
Vie, maladies graves et mutilation accidentelle, invalidité
Police Nº 70009-17 (2017-11-01)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT

☐ Marge de crédit ☐ Billet à demande

Nº du prêt _____ Transit du prêt _____

Montant autorisé du prêt _____ $ Date d'autorisation (AAAA MM JJ) _____

☐ Nouvelle demande ☐ Ajout d'assuré ☐ Ajout de protection

S'agit-il d'un refinancement ? ☐ Oui Nº de l'ancien prêt : _____ ☐ Non

Si votre demande d'assurance est refusée, le solde assuré de votre prêt antérieur sera maintenue selon les termes et conditions du certificat joint à la présente proposition (voir article *Refinancement* du certificat).

IDENTIFICATION

Nom de l'entreprise _____ Entreprise – FCC Nº _____

Proposant

FCC N° _____ Date de naissance (AAAA MM JJ) _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Nom _____ Prénom _____ Adresse électronique _____

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à l'assurance, vous devez, au moment de signer la proposition :

Assurance-vie

- Être âgé de 18 à 64 ans **et**
- Être résident du Canada ou des États-Unis **et**
- Être soit emprunteur, coemprunteur, caution, endosseur, actionnaire, dirigeant ou personne-clé de l'entreprise emprunteuse.

Assurance maladies graves et mutilation accidentelle

- Avoir adhéré à l'assurance-vie.

Assurance invalidité

- Avoir adhéré à l'assurance-vie **et**
- Au cours des 4 dernières semaines, avoir effectué un travail rémunéré pour un emploi totalisant au moins 60 heures, ou si vous êtes travailleur autonome, avoir généré des revenus bruts d'au moins 10 000 $ au cours de votre dernière année financière précédant la signature de cette demande.
- Si vous recevez des prestations en remplacement de votre revenu ou si vous êtes en arrêt de travail ou sans emploi, **vous n'êtes pas admissible à l'assurance invalidité**.

Nom de l'employeur actuel _____ Date du début d'emploi (AAAA MM JJ) _____

DEMANDE – RENONCIATION – NON-ADMISSIBILITÉ

Étape A – Choix du montant maximum assurable (le choix s'appliquera à toutes les protections choisies)

☐ Montant fixe (en fonction du montant assuré choisi ci-dessous) ou ☐ Montant variable (en fonction du solde utilisé du prêt, sans toutefois excéder le montant assuré choisi)

Si non coché, le montant fixe sera appliqué

Étape B – Choix des protections

Assurance-vie	Assurance maladies graves et mutilation accidentelle	Assurance invalidité
☐ **Je demande** Choix du montant assuré ☐ Montant autorisé du prêt (Maximum de l'assurance-vie de 2 000 000 $) ou ☐ Montant au choix _____ $ (ne peut excéder le montant autorisé du prêt ou le maximum de l'assurance-vie de 2 000 000 $) Si non complété, le montant autorisé du prêt sera appliqué	☐ **Je demande** Montant assuré au choix _____ $ (ne peut excéder le montant assuré choisi pour l'assurance-vie ou le maximum de l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle de 150 000 $) Si non complété, le montant assuré de l'assurance-vie sera appliqué	☐ **Je demande** Montant assuré au choix _____ $ (ne peut excéder 1% du montant assuré choisi pour l'assurance-vie ou le maximum de l'assurance invalidité de 5 000 $/mois) Si non complété, 1 % du montant assuré de l'assurance-vie sera appliqué
☐ **Je renonce ou suis non admissible**	☐ **Je renonce ou suis non admissible**	☐ **Je renonce ou suis non admissible**

Date (AAAA MM JJ) _____ **X** _____ Signature du proposant

ATTESTATION

Je certifie que les personnes admissibles de l'entreprise ont eu l'occasion de se prévaloir de l'assurance sur le prêt ci-haut mentionné.

X _____ Signature d'une personne de l'entreprise autorisée à contracter le prêt _____ Date (AAAA MM JJ)

STATUT DE TABAGISME

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ou de produits de remplacement de la nicotine sous quelque forme que ce soit ?

Oui	Non
☐	☐

Aucun employé de la Banque Nationale du Canada ni aucune autre personne ne peut modifier les dispositions de la présente proposition ou du certificat d'assurance. Tout formulaire modifié ou incomplet sera nul.

SPECIMEN

Assureur : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.
MC La marque nominale et le logo BANQUE NATIONALE ASSURANCES sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisées sous licence par certaines de ses filiales.

DÉCLARATION DE SANTÉ Proposant FCC No. : _____

Instructions :

- Vous êtes assuré sans Déclaration de santé **et aux conditions du certificat** (**voir entre autres l'article *Restrictions et Exclusions* concernant les conditions préexistantes**) **:**
  - **pour l'assurance-vie et/ou invalidité, si le montant assuré choisi pour cette protection est de 100 000 $ ou moins et que vous avez moins de 55 ans ;**
  - **pour l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle, si le montant assuré choisi pour cette protection est de 50 000 $ ou moins et que vous avez moins de 55 ans ;**

  Passez à la section *INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES*.
- Complétez la *DÉCLARATION DE SANTÉ :*
  - **pour l'assurance-vie et/ou invalidité, si le montant assuré choisi pour cette protection est de plus de 100 000 $ et de 500 000 $ et moins ;**
  - **pour l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle, si le montant assuré choisi pour cette protection est de plus de 50 000 $,**
  - **si vous êtes âgé de 55 ans et plus.**

  Si vous répondez « Non » à toutes les questions de la Déclaration de santé, vous êtes assuré, aux conditions du certificat **(voir entre autres l'article *Restrictions et Exclusions* concernant les conditions préexistantes)**, sous réserve de l'exactitude des informations fournies.
- **Si le montant assuré choisi de l'assurance-vie et/ou invalidité est de plus de 500 000 $, passez directement à la section *INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES*. Un représentant de l'Assureur communiquera avec vous.**
- Une réponse affirmative à l'une des questions n'entraîne pas un refus automatique de couverture.
  En cas de doute, veuillez cocher « Oui » et un représentant de l'Assureur communiquera avec vous afin de compléter un questionnaire détaillé.

		Proposant	
		Oui	**Non**
a)	**Au cours des 3 dernières années :**		
•	**Avez-vous consulté, eu un suivi ou été traité par un médecin ou un autre professionnel de la santé, ou avez-vous pris des médicaments ou présenté des symptômes ou êtes-vous atteint de l'un ou l'autre des troubles de santé suivants :** - troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins - AVC (Accident Vasculaire Cérébral) - douleurs à la poitrine ou angine - troubles sanguins incluant cholestérol - troubles de la tension artérielle - dystrophie musculaire - sclérose en plaques - SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique - tumeur ou cancer - troubles digestifs - troubles du foie - troubles de l'intestin - troubles des reins - troubles du système urinaire - troubles pulmonaires ou respiratoires (incluant apnée du sommeil) - troubles des organes génitaux, de la prostate ou des seins - troubles neurologiques - diabète ou intolérance au glucose - troubles psychologiques ou psychiatriques (incluant dépression, anxiété, trouble d'adaptation, etc.) **et pour l'un des problèmes suivants, seulement si vous adhérez à l'assurance invalidité :** - fibromyalgie ou fatigue chronique - tunnel carpien - troubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, capsulite, etc.) - problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale	☐	☐
•	**Avez-vous fait usage de narcotiques dépassant la posologie recommandée par un médecin ou avez-vous fait usage de drogue ou avez-vous subi un traitement ou joint un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation d'alcool ?**		
b)	**Au cours des 3 dernières années, avez-vous été hospitalisé pour cause d'accident ou de maladie pour une période de plus de 48 heures consécutives ?**	☐	☐
c)	**Au cours des 3 dernières années, avez-vous soumis une demande d'assurance-vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladies graves qui a fait l'objet d'une surprime, d'un refus ou d'une restriction ?**	☐	☐
d)	**Seulement si vous adhérez à l'assurance maladies graves, en répondant également aux questions a, b et c.** **Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille naturelle (père, mère, frères et sœurs) ont souffert de diabète, de cancer, d'un accident vasculaire cérébral ou d'une maladie cardiaque avant l'âge de 60 ans ?**	☐	☐

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (À compléter obligatoirement par tous les proposants)

Il est possible qu'un représentant de l'Assureur communique avec vous. Veuillez indiquer le moment le plus propice pour vous joindre. Si un questionnaire détaillé est nécessaire, vous avez la possibilité de choisir la langue. Veuillez indiquer votre préférence : _____ Choix de langue

☐ Jour _____ N° de téléphone _____ Poste ☐ Soir _____ N° de téléphone _____ Poste

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Assureur recueille, utilise et communique vos renseignements personnels notamment pour :

- vérifier votre identité
- vous fournir l'assurance-prêt demandée
- prévenir la fraude, gérer les risques et se conformer aux lois permettre à l'Assureur d'améliorer et développer ses produits et services et mieux connaître ses clients
- permettre à l'Assureur, à la Banque Nationale ou à ses filiales de présenter des offres et autres communications promotionnelles ou celles de ses partenaires d'affaires, sauf si vous refusez
- toute autre fin prévue dans la Politique de protection des renseignements personnels de la Banque Nationale et ses filiales, disponible au https://www.bnc.ca/politique-de-confidentialite.html.

La politique mentionne entre autres quels renseignements l'Assureur recueille, à qui il les communique et comment ils sont utilisés et conservés, quels sont vos options et vos droits, et comment gérer vos consentements.

Afin de vérifier votre assurabilité pour l'assurance-prêt, l'Assureur pourra aussi recueillir des renseignements auprès de tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseurs, mandataires, compagnie s'assurance ou tout autre ou organisme détenant des renseignements sur vous ou votre état de santé, dont le Bureau de renseignements médicaux (MIB LLC.), un organisme qui maintient une base de données de renseignements sur les assurés et que les assureurs peuvent consulter dans le cadre de processus de souscription d'assurance (voir Avis concernant le Bureau de renseignements médicaux (MIB LLC.).

De plus, l'Assureur peut aussi communiquer tout renseignement sur votre état de santé ou toute autre information pertinente à l'assurance-prêt vous concernant au Bureau des renseignements médicaux (MIB LLC.) ou à ses réassureurs.

Vos renseignements personnels seront conservés par l'Assureur pour une durée raisonnable à la suite de la fin de la relation d'affaires pour respecter ses obligations légales.

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec l'Officier d'accès aux renseignements personnels en écrivant au 800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3.

SPECIMEN

MC La marque nominale et le logo BANQUE NATIONALE ASSURANCES sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisées sous licence par certaines de ses filiales.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

JE COMPRENDS que l'assurance est facultative et que je peux y mettre fin en tout temps. Si j'annule l'assurance dans les 30 jours suivant la date de signature de la proposition, l'Assureur me remboursera toutes les primes versées, s'il y a lieu, et l'assurance n'aura jamais pris effet.

J'ACCEPTE d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance collective et J'AUTORISE l'Assureur et la Banque Nationale du Canada à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour des fins fiscales et pour traiter mes réclamations.

JE COMPRENDS que toute prestation d'assurance payable en vertu de ladite police d'assurance collective doit d'abord être versée à la Banque Nationale du Canada pour être appliquée en totalité à la portion assurée de ma dette.

JE CERTIFIE que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration, incluant la Déclaration de santé et la section Statut de tabagisme, sont complets et exacts. JE COMPRENDS que toute omission ou fausse déclaration dans la présente déclaration entraîne automatiquement l'annulation de mon assurance.

J'AUTORISE la Banque Nationale du Canada à percevoir le montant de ma prime selon la modalité prévue pour le type de prêt concerné par la présente demande.

JE COMPRENDS qu'au cours de la période pendant laquelle des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur et avant que celui-ci ne rende une décision quant à mon assurabilité, **les prestations reliées aux couvertures que j'ai choisies ne sont payables que si le décès, l'invalidité ou la mutilation accidentelle résulte d'un accident qui survient après la date de prise d'effet de l'assurance.**

J'AUTORISE par la présente tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseurs, mandataires, compagnie d'assurance, le MIB LLC. (Bureau des renseignements médicaux) ou tout autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi et mon état de santé à échanger les renseignements avec l'Assureur et ses réassureurs. J'AUTORISE l'Assureur ou ses réassureurs à communiquer tout renseignement sur mon état de santé ou toute autre information pertinente me concernant au MIB LLC. (Bureau des renseignements médicaux).

J'AUTORISE l'Assureur à utiliser tous les renseignements qu'il détient sur mon compte, incluant ceux provenant de tous dossiers fermés. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé. Une photocopie de cette autorisation aura la validité de l'original.

Les renseignements que j'ai fournis à l'Assureur dans le cadre de cette proposition sont exacts et JE M'ENGAGE à aviser immédiatement l'Assureur, par écrit, de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin qu'elle puisse mettre à jour ses dossiers.

J'ai lu les conditions énoncées dans la section « Collecte, utilisation et communication de vos renseignements personnels » de cette proposition et JE LES ACCEPTE.

J'AI PRIS CONNAISSANCE de la Politique de protection des renseignements personnels de l'Assureur.

JE COMPRENDS que l'adhésion à l'assurance-prêt signifie que j'accepte les conditions de cette Politique.

JE COMPRENDS que je peux limiter la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels de la façon prévue dans cette Politique.

Si j'ai fourni des renseignements personnels sur une autre personne, JE CONFIRME que je suis autorisé à le faire.

J'AUTORISE l'Assureur et ses réassureurs à recueillir des renseignements à mon égard auprès de tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseur, mandataire, compagnie d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB LLC.) ou de tout autre organisme ou institution.

J'AUTORISE l'Assureur ou ses réassureurs à communiquer mes renseignements personnels au Bureau de renseignements médicaux (MIB LLC.).

Date (AAAA MM JJ) _____ **X** _____ Signature du proposant

JE DÉCLARE ÊTRE AUTORISÉ À SIGNER AU NOM DE L'ENTREPRISE ET AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE TOUTES LES DISPOSITIONS DE LA PRÉSENTE PROPOSITION D'ASSURANCE ET DU CERTIFICAT D'ASSURANCE INCLUANT LES EXCLUSIONS ET LES RESTRICTIONS ET AVOIR REÇU LE SOMMAIRE.

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) – ACCORD DE DPA DU PAYEUR (ADPA)

☐ Personnel ☒ Entreprise

Autorisation de retrait (fréquence et montant des débits) : Je, soussigné(e), **autorise** l'Assureur, ses successeurs, cessionnaires éventuels ou ayants droit, à effectuer, à partir de maintenant, des DPA d'entreprise dans le même compte bancaire que le remboursement du prêt ou, lorsque spécifié, dans le compte indiqué ci-dessous, afin de payer les primes d'assurances selon la même fréquence que le remboursement du prêt.
Chaque retrait correspond à un montant fixe, qui pourrait être modifié, notamment suivant la non-acceptation du prélèvement de la prime, ou à un montant variable, selon le produit d'assurance.
Renonciation : JE RENONCE à recevoir un préavis de dix (10) jours avant le premier débit porté à mon compte indiquant le montant et les dates d'échéance des débits. JE RENONCE également à recevoir un préavis indiquant tout changement du montant ou de la date d'un débit, notamment quand ce changement découle d'instructions que j'ai données à l'Assureur pour modifier les modalités d'un débit.

Changement ou annulation : Je m'engage à informer l'Assureur, au moins cinq (5) jours avant le prochain prélèvement prévu, de toute modification des renseignements sur le compte bancaire et changement du jour de la perception. **J'autorise** aussi l'Assureur à effectuer les prélèvements sur un autre compte, suivant mes instructions verbales ou écrites. Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que l'Assureur ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de son annulation. **JE PEUX ANNULER** mon autorisation à tout moment en envoyant un préavis de trente (30) jours à l'Assureur. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un ADPA, je peux communiquer avec l'Assureur ou l'institution financière qui détient mon compte ou consulter le site de Paiement Canada à l'adresse www.paiements.ca. **JE DÉGAGE** l'institution financière de toute responsabilité si l'annulation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Débit non conforme et Remboursement : j'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à mon autorisation. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec mon autorisation. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec l'Assureur ou l'institution financière qui détient mon compte ou visiter www.paiements.ca.

Renseignements personnels : Je consens et comprends que les renseignements personnels contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé seront communiqués à l'institution financière et à l'Assureur, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de DPA. Ce consentement demeure en vigueur tant que mon autorisation est maintenue.

AUTORISATION DE PAIEMENT ET RENSEIGNEMENT SUR LE COMPTE BANCAIRE

À compléter uniquement si les primes d'assurance doivent être prélevées dans un autre compte que celui du remboursement du prêt.

Nom et adresse de l'institution financière où est détenu le compte

N° du compte _____ Transit _____ N° de l'institution _____

Bénéficiaire du DPA (l'Assureur)
Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie
800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3
Téléphone : 1 877 871-7500 Télécopieur : 514 394-6604

DÉCLARATION DU TÉMOIN

Je déclare avoir été présent lorsque cette proposition a été remplie et avoir été témoin, selon le cas, du consentement vocal du proposant ou de toutes les signatures qui y sont apposées. J'ai remis le certificat d'assurance et le sommaire.

Date (AAAA MM JJ) _____ Heure (consentement vocal) _____ **X** _____ Signature de l'employé _____ Prénom et nom de l'employé _____ N° d'employé _____ Transit _____

SPÉCIMEN

MC La marque nominale et le logo BANQUE NATIONALE ASSURANCES sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisées sous licence par certaines de ses filiales.

Sommaire

Assurance-vie, assurance maladies graves et mutilation accidentelle, assurance invalidité

Marge de crédit commerciale et billet à demande commercial

NOTE AU LECTEUR

La présente n'aborde que les points estimés les plus significatifs à votre bonne compréhension du produit d'assurance. Elle ne se substitue en aucun cas à la lecture intégrale du certificat d'assurance et ne présente pas un caractère exhaustif. La présente ne crée ni ne confère aucun droit contractuel ou autre. Seul le certificat peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Nature de la couverture (selon la ou les couvertures choisies)

L'Assureur versera à la Banque Nationale toute prestation d'assurance en remboursement de votre prêt. Ainsi, l'Assureur versera,

Assurance-vie

Choix d'un montant assurable fixe

un montant équivalent au montant assuré du prêt choisi à l'adhésion.
Dans cette situation, selon le solde utilisé du prêt au moment du décès, l'Assureur pourrait verser à l'entreprise, la différence entre le montant assuré et le montant de la prestation versée à la Banque.

Choix d'un montant assurable variable

un montant équivalent au moindre :

du solde assuré du prêt à la date du décès	**ou**	de 110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé du prêt au cours des 12 derniers mois précédant la date du décès (ou depuis la date de prise d'effet de l'assurance si l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois)

Assurance invalidité

Choix d'un montant assurable fixe

Si l'invalidité persiste après un délai de 60 jours consécutifs, un montant équivalent au versement assuré du prêt choisi à l'adhésion.
Dans cette situation, selon le solde utilisé du prêt au moment de l'invalidité, l'Assureur pourrait verser à l'entreprise, la différence entre le versement assuré et le montant de la prestation versée à la Banque.

Choix d'un montant assurable variable

Si l'invalidité persiste après un délai de 60 jours consécutifs, un montant équivalent au moindre :

du versement assuré du prêt à la date de l'invalidité	**ou**	de 1 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé du prêt au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'invalidité (ou depuis la date de prise d'effet de l'assurance si l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois)

La durée maximale des versements est de 24 mois consécutifs pour une même invalidité. Au total, l'Assureur ne versera pas plus de 48 mois de versements pour l'ensemble des assurés sur le prêt des assurés sur le prêt.

Assurance maladies graves

Choix d'un montant assurable fixe

un montant équivalent au montant assuré du prêt choisi à l'adhésion.
Dans cette situation, selon le solde utilisé du prêt au moment du diagnostic de cancer (mettant la vie en danger), de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral, l'Assureur pourrait verser à l'entreprise, la différence entre le montant assuré et le montant de la prestation versée à la Banque.

Choix d'un montant assurable variable

un montant équivalent au moindre :

du solde assuré du prêt à la date du diagnostic de maladies graves	**ou**	de 110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé du prêt au cours des 12 derniers mois précédant la date du diagnostic de maladies graves (ou depuis la date de prise d'effet de l'assurance si l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois)

Assurance mutilation accidentelle

Choix d'un montant assurable fixe

un montant équivalent à un pourcentage du montant assuré du prêt choisi à l'adhésion. Le pourcentage est établi en fonction de la nature de la perte.
Dans cette situation, selon le solde utilisé du prêt au moment du diagnostic de mutilation accidentelle, l'Assureur pourrait verser à l'entreprise, la différence entre le montant assuré et le montant de la prestation versée à la Banque.

Choix d'un montant assurable variable

un montant équivalent à un pourcentage du solde assuré du prêt à la date du diagnostic de mutilation accidentelle.

Ces couvertures sont sujettes aux termes et aux conditions du certificat d'assurance. Veuillez lire attentivement le certificat d'assurance pour connaître le détail de chacune des couvertures et le montant de la prestation maximale qui peut être versé pour chacune d'elles.

Exclusions, restrictions, limitations

Toutes les couvertures comportent des exclusions, restrictions et/ou limitations.

L'ASSUREUR POURRAIT REFUSER DE PAYER LA RÉCLAMATION EN RAISON D'EXCLUSIONS PRÉVUES AU CERTIFICAT D'ASSURANCE QUE VOUS TROUVEREZ À L'ARTICLE *RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS*.

Prise d'effet de l'assurance

Si votre proposition d'assurance est acceptée sans que vous ayez à soumettre d'autres preuves d'assurabilité, votre assurance débutera à la plus tardive des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition d'assurance ;
- la date d'autorisation du prêt par la Banque Nationale.

SPÉCIMEN

MC La marque nominale et le logo BANQUE NATIONALE ASSURANCES sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisées sous licence par certaines de ses filiales.

Calcul de la prime mensuelle

La prime d'assurance est calculée en fonction de l'âge, du sexe et du statut de tabagisme de l'assuré et du choix de l'assuré pour un montant assuré fixe ou variable i.e. :

- en fonction du montant assuré choisi ou du versement assuré choisi au moment de l'adhésion si l'assuré a choisi **le montant fixe** ; ou
- chaque jour en fonction du solde assuré quotidien du prêt si l'assuré a choisi d'assurer **le montant variable**.

Le taux de primes mensuelles est actualisé chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet de l'assurance en fonction de l'âge réel de l'assuré.

Exemple de montant assuré fixe :

un homme non-fumeur âgé de 39 ans détient une marge de crédit commerciale de 75 000 $ qu'il souhaite assurer en totalité avec l'assurance-vie.

Le taux de prime sera de 0,25 $ par tranche de 1 000 $ du montant initial assuré du prêt pour l'assurance-vie.

La prime est calculée comme suit : (75 000 $ ÷ 1 000 $ x 0,25 $) = 18,75 $ par mois, plus les taxes applicables, s'il y a lieu.

Exemple de montant assuré variable :

un homme non-fumeur âgé de 39 ans détient une marge de crédit commerciale de 75 000 $ qu'il souhaite assurer pour le montant total utilisé avec l'assurance-vie.

Le taux de prime sera de 0,25 $ par tranche de 1 000 $ du solde utilisé assuré du prêt pour l'assurance-vie.

Le solde est de 75 000 $ au 1er juin et de 50 000 $ à compter du 16 juin. La prime est calculée comme suit :

du 1er au 15 juin : 15 jours /30 jours x 75 000 $ / 1000 $ x 0,25 $ = 9,37 $

du 16 au 30 juin : 15 jours /30 jours x 50 000 $ / 1000 $ x 0,25 $ = 6,25 $

pour une prime mensuelle totale de 15,62 $, en sus des taxes applicables, s'il y a lieu.

Voir l'article *Calcul de la prime et tableau des taux de primes mensuelles* du certificat d'assurance.

Durée de la couverture

L'assurance prend fin au premier des événements suivants :

- la date où le paiement de la prime accuse un retard de plus de 3 mois ;
- la date de réception d'un avis de résiliation de votre part, ou une date ultérieure, selon l'avis ;
- la date à laquelle le prêt est remboursé en totalité, la fin de la période prévue d'amortissement ou la date de fermeture du prêt ;
- la date à laquelle le prêt est pris en charge par un autre créancier ou lorsque le prêt (ou une part du prêt) est assumé par un autre débiteur non assuré sur le prêt ;
- le dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 70 ans ;
- la date à laquelle l'entreprise déclare faillite selon la loi ;
- la date du décès de l'un ou l'autre des assurés sur le prêt si une prestation d'assurance-vie remboursant le solde assuré du prêt est payable à son égard ;
- la date du diagnostic de maladie grave ou de mutilation accidentelle à l'un ou l'autre des assurés, si une prestation d'assurance maladies graves et mutilation accidentelle remboursant la totalité du solde assuré du prêt pour l'assurance-vie est payable à son égard. Le versement d'une prestation de maladies graves met fin à l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle de tous les assurés ;
- la date à laquelle la couverture d'assurance-vie prend fin.
- **Concernant l'assurance invalidité :** lorsque le ou les assurés ont collectivement bénéficié du maximum de 48 mois de prestations pour l'ensemble des invalidités survenues pour toute la durée du prêt.

Résiliation du produit

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance en tout temps en communiquant avec l'Assureur au 1 877 871-7500 ou en transmettant à l'Assureur une demande de résiliation à l'adresse indiquée dans la définition d'*Assureur* de votre certificat d'assurance.

Procédure pour soumettre une réclamation

Vous pouvez débuter le processus de réclamation et obtenir le formulaire de demande de réclamation auprès de l'Assureur en composant le 1 877 871-7500. Sujet aux termes et aux conditions stipulés à l'article *Demande de prestations* du certificat d'assurance, vous êtes tenu de transmettre à l'Assureur la demande remplie, accompagnée des pièces justificatives, au plus tard un an à compter de la date de l'événement assuré. Pendant l'étude de votre demande, vous devez continuer à effectuer le paiement de votre prêt et de vos primes.

SPÉCIMEN

Votre certificat d'assurance

Assurance-vie, assurance maladies graves et mutilation accidentelle, assurance invalidité

Marge de crédit commerciale et billet à demande commercial

INTRODUCTION

Tout Proposant répondant aux conditions d'admissibilité est assuré selon les dispositions de la Police d'assurance collective concernée par la Proposition, sous réserve :

- de l'exactitude des renseignements fournis avec la demande ;
- du paiement des primes ;
- des restrictions et exclusions applicables, dont les conditions préexistantes ;
- de l'approbation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, lorsque requises.

Toute omission ou fausse déclaration de la part de l'Assuré entraîne automatiquement l'annulation de l'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 couverts par la Police.

Le présent certificat comporte une clause qui révoque ou limite le droit de l'Assuré de désigner les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles le produit de l'assurance est versé.

L'adhésion à l'assurance est facultative et il est possible d'y mettre fin en tout temps. Si l'Assuré demande l'annulation de l'assurance dans les 30 jours suivant la date de signature de la Proposition, l'Assureur remboursera toutes les primes versées et l'assurance sera considérée comme n'ayant jamais pris effet.

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

LES MOTS QUI SUIVENT ONT UN SENS PRÉCIS. ILS SONT IMPORTANTS CAR ILS SERVENT A DÉFINIR VOS DROITS EN VERTU DU PRÉSENT CERTIFICAT. EN LISANT VOTRE CERTIFICAT, VEUILLEZ VOUS REPORTER AUX DÉFINITIONS SUIVANTES :

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 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.

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.

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 présent certificat dont il a reçu une copie.

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.

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 (7e édition, 2010) de l'AJCC s'appliquent à ces mêmes termes utilisés dans ce 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 ce certificat.

APERÇU

MC La marque nominale et le logo BANQUE NATIONALE ASSURANCES sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisées sous licence par certaines de ses filiales.

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 ce certificat.

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 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, tel que défini à l'article *Définitions*.

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 présent 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 présent 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 présent 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 présent 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.

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 ci-jointe.

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 présent 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.

SPÉCIMEN

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 présent 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 présent 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 présent certificat.

ARTICLE 2. ADMISSIBILITÉ ET ASSURABILITÉ

Le proposant doit satisfaire :

a) aux conditions d'admissibilité et d'assurabilité des sections *Admissibilité* et *Déclaration de santé* de la Proposition; et

b) aux exigences de l'Assureur quant à son état de santé et à ses habitudes de vie. Pour effectuer l'analyse du risque, l'Assureur peut demander que soit effectué tout examen physique, électrocardiogramme, radiographie, test sanguin, d'urine ou autre test, y compris le test de dépistage du VIH (SIDA) et de certaines drogues ou médicaments. Tous frais engagés pour un examen médical non requis par l'Assureur sont à la charge du Proposant.

ARTICLE 3. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Pour que l'assurance entre en vigueur, l'Assuré doit avoir satisfait les critères de l'article *Admissibilité et assurabilité* du présent certificat.

L'assurance entre en vigueur à la plus tardive des 2 dates suivantes :

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

Étude de la Proposition
Lorsque des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur, ce certificat prévoit une protection temporaire pendant l'étude de la Proposition dans les deux cas suivants :

a) advenant un Accident, l'Assureur paie les prestations reliées aux protections choisies par le Proposant seulement si le décès, l'Invalidité ou la Mutilation Accidentelle résulte d'un Accident qui a lieu après la prise d'effet de l'assurance. L'Événement Assuré (décès, Invalidité ou Mutilation Accidentelle) doit avoir lieu avant qu'une décision quant à l'assurabilité soit prise par l'Assureur ;
b) advenant que l'Événement Assuré n'est pas causé par un Accident, l'Assureur finalise l'étude. Si l'assurabilité du Proposant est acceptée, les prestations reliées aux protections choisies seront versées.

La protection temporaire n'est pas une garantie que la Proposition sera acceptée par l'Assureur.

Preuves d'assurabilité
Lorsque des preuves d'assurabilité doivent être soumises, les règles suivantes s'appliquent :

a) si le Proposant ne fournit pas les preuves demandées, l'Assureur met fin à l'étude du dossier ;
b) si les preuves d'assurabilité ne répondent pas aux exigences d'assurabilité établies par l'Assureur, l'Assureur refuse la Proposition ;

Dans tous les cas, lorsque les preuves d'assurabilité sont demandées, l'Assureur fait parvenir sa décision d'accepter ou de refuser la Proposition, au plus tard 30 jours après avoir reçu toutes les preuves nécessaires à sa décision.

Lorsque la Proposition est refusée par l'Assureur, toute prime payée par le Proposant lui sera remboursée.

ARTICLE 4. DÉCLARATION ERRONÉE D'ÂGE OU DE SEXE

L'âge est déterminé selon l'âge atteint au dernier anniversaire de naissance de l'Assuré à la date de signature de la Proposition par l'Assuré. Si l'âge ou le sexe d'un Assuré a été déclaré incorrectement, la prestation payable sera ramenée au montant qui aurait été prévu pour l'âge réel et/ou pour le sexe réel de l'Assuré selon les primes payées, sans toutefois excéder le Montant Assuré du Prêt. Si l'âge réel de l'Assuré 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.

ARTICLE 5. FAUSSE DÉCLARATION CONCERNANT LE STATUT DE TABAGISME

Pour être déclaré non-fumeur, l'Assuré ne doit pas avoir fait usage de tabac ou de produits de remplacements de la nicotine sous quelque forme que ce soit au cours des 12 mois précédents la date de signature de la Proposition.

Suivant les déclarations de l'Assuré dans la Proposition ou dans toute autre communication avec l'Assureur, si l'assurance est établie selon le statut «non-fumeur» et qu'il s'avère qu'il y a eu fausse déclaration, l'assurance est automatiquement annulée rétroactivement à sa date de prise d'effet et les primes versées seront remboursées, sans intérêt.

ARTICLE 6. SUICIDE DE L'ASSURÉ

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

SPÉCIMEN

ARTICLE 7. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE PRIMES

En plus des situations spécifiques mentionnées au présent certificat, l'Assureur remboursera à l'Assuré, 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 être faite auprès de l'Assureur par téléphone ou par écrit. L'Assureur analysera la demande, et s'il s'agit de primes qui n'auraient pas dû être perçues, celles-ci seront remboursées, sans intérêt.

ARTICLE 8. REFINANCEMENT

Dans le cas d'un Refinancement du Prêt auprès de la Banque, une nouvelle Proposition d'assurance doit être soumise à l'Assureur. Les conditions de la nouvelle Demande d'assurance, dont les restrictions et exclusions, s'appliquent (incluant les taux de primes, l'âge du Proposant et le Montant Assuré du Prêt à la date de signature de la nouvelle Demande).

Reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur

Si, suite au Refinancement du Prêt, la nouvelle Demande d'assurance est refusée, les dispositions du nouveau certificat d'assurance s'appliqueront pour le Montant Assuré du Prêt antérieur. Les taux de primes applicables seront établis en fonction de l'âge du Proposant au moment de la signature de la nouvelle Demande. Les taux de primes, les conditions et les restrictions et exclusions qui s'appliquent seront celles de la nouvelle Demande.

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 l'assurance. Le montant d'assurance reconnu sera le Montant Assuré du Prêt antérieur à la date du Refinancement, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du nouveau certificat.

Pour un Assuré qui détient l'assurance Invalidité au moment du Refinancement, le nouveau Versement Assuré sera déterminé en fonction du Montant Assuré du prêt antérieur à la date du Refinancement par rapport au montant total du nouveau Prêt, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du nouveau certificat.

Dans le cas d'un Refinancement alors que l'Assuré est en Invalidité, l'Assureur versera la prestation d'Invalidité prévue avant le Refinancement, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du nouveau certificat, et la période d'échéance ou d'amortissement prévue au début de l'Invalidité. Les prestations d'Invalidité antérieures à la date du Refinancement seront reconnues dans la période maximale de prestations d'Invalidité de la nouvelle Demande.

ARTICLE 9. CALCUL DE LA PRIME ET TABLEAU DES TAUX DE PRIMES MENSUELLES

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.

La prime est déterminée, entre autres, selon l'âge atteint au dernier anniversaire de naissance de l'Assuré. L'assurance est automatiquement renouvelée chaque année selon l'âge atteint à la date anniversaire de l'adhésion à l'assurance, pour le Montant Assuré choisi.

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est **le montant fixe**, la prime payable, en contrepartie de la protection d'assurance, est calculée en fonction du Montant Assuré du Prêt.

Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est **le montant variable**, la prime payable, en contrepartie de la protection d'assurance, est calculée chaque jour en fonction du Solde Utilisé quotidien du Prêt.

ASSURANCE-VIE - Par 1 000 $ du Montant Maximum Assurable et du Montant Assuré

Âge [1]	0 $ à 99 999 $				100 000 $ à 249 999 $				250 000 $ à 499 999 $				500 000 $ à 2 000 000 $			
	Homme		Femme		Homme		Femme		Homme		Femme		Homme		Femme	
	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur
18 à 30 ans	0,20 $	0,26 $	0,14 $	0,17 $	0,11 $	0,14 $	0,07 $	0,09 $	0,06 $	0,08 $	0,04 $	0,05 $	0,04 $	0,05 $	0,03 $	0,03 $
31 à 35 ans	0,22 $	0,29 $	0,16 $	0,19 $	0,12 $	0,16 $	0,08 $	0,10 $	0,07 $	0,09 $	0,05 $	0,06 $	0,05 $	0,07 $	0,04 $	0,04 $
36 à 40 ans	0,25 $	0,40 $	0,20 $	0,27 $	0,14 $	0,23 $	0,11 $	0,15 $	0,09 $	0,15 $	0,07 $	0,10 $	0,07 $	0,11 $	0,06 $	0,08 $
41 à 45 ans	0,29 $	0,47 $	0,23 $	0,40 $	0,16 $	0,26 $	0,13 $	0,22 $	0,12 $	0,20 $	0,09 $	0,17 $	0,10 $	0,16 $	0,08 $	0,14 $
46 à 50 ans	0,38 $	0,74 $	0,28 $	0,58 $	0,25 $	0,49 $	0,19 $	0,38 $	0,20 $	0,39 $	0,15 $	0,31 $	0,18 $	0,35 $	0,13 $	0,28 $
51 à 55 ans	0,46 $	0,94 $	0,31 $	0,63 $	0,33 $	0,68 $	0,22 $	0,45 $	0,29 $	0,59 $	0,19 $	0,40 $	0,27 $	0,55 $	0,18 $	0,37 $
56 à 60 ans	0,66 $	1,43 $	0,46 $	0,94 $	0,56 $	1,22 $	0,39 $	0,80 $	0,45 $	0,98 $	0,31 $	0,64 $	0,42 $	0,91 $	0,29 $	0,60 $
61 à 64 ans	0,96 $	1,96 $	0,67 $	1,26 $	0,82 $	1,67 $	0,58 $	1,08 $	0,70 $	1,43 $	0,49 $	0,92 $	0,63 $	1,28 $	0,44 $	0,83 $
65 à 69 ans	0,96 $	1,96 $	0,67 $	1,26 $	0,82 $	1,67 $	0,58 $	1,08 $	0,70 $	1,43 $	0,49 $	0,92 $	0,63 $	1,28 $	0,44 $	0,83 $

ASSURANCE Maladies Graves et Mutilation Accidentelle - Par 1 000 $ du Montant Maximum Assurable et du Montant Assuré

Âge [1]	0 $ à 99 999 $				100 000 $ à 150 000 $			
	Homme		Femme		Homme		Femme	
	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur
18 à 30 ans	0,32 $	0,42 $	0,22 $	0,27 $	0,18 $	0,22 $	0,11 $	0,14 $
31 à 35 ans	0,35 $	0,46 $	0,26 $	0,30 $	0,19 $	0,26 $	0,13 $	0,16 $
36 à 40 ans	0,44 $	0,70 $	0,35 $	0,47 $	0,25 $	0,40 $	0,19 $	0,26 $
41 à 45 ans	0,55 $	0,89 $	0,44 $	0,76 $	0,30 $	0,49 $	0,25 $	0,42 $
46 à 50 ans	0,78 $	1,52 $	0,57 $	1,19 $	0,51 $	1,00 $	0,39 $	0,78 $
51 à 55 ans	1,01 $	2,07 $	0,68 $	1,39 $	0,73 $	1,50 $	0,48 $	0,99 $
56 à 60 ans	1,55 $	3,36 $	1,08 $	2,21 $	1,32 $	2,87 $	0,92 $	1,88 $
61 à 64 ans	2,40 $	4,90 $	1,68 $	3,15 $	2,05 $	4,18 $	1,45 $	2,70 $
65 à 69 ans [2]	2,40 $	4,90 $	1,68 $	3,15 $	2,05 $	4,18 $	1,45 $	2,70 $

ASSURANCE INVALIDITÉ - Par $10 de Versement Assuré

Âge [1]	Marge de crédit Billet à demande
18 à 30 ans	0,19 $
31 à 35 ans	0,27 $
36 à 40 ans	0,32 $
41 à 45 ans	0,40 $
46 à 50 ans	0,48 $
51 à 55 ans	0,58 $
56 à 60 ans	0,74 $
61 à 64 ans	0,93 $
65 à 69 ans [2]	0,93 $

[1] À la signature de la proposition ou au renouvellement.

[2] S'applique au renouvellement seulement.

Facteur selon le nombre d'Assurés :

Pour l'assurance-vie et l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle seulement : Si plus d'un Assuré, multiplier la prime mensuelle de chacun des assurés par 0,95.

Les taux de taxes applicables sont disponibles sur le site www.bnc.ca.

SPÉCIMEN

Méthode de calcul de la prime

		Vie	Maladies graves et mutilation accidentelle	Invalidité
Taux de prime mensuelle		(1)	(3)	(5)
Montant Assuré _____ / 1 000		(2)	(4)	
Versement Assuré _____ / 10				(6)
Montant de la prime (1) x (2) ou (3) x (4) ou (5) x (6)				
Facteur d'escompte si plus d'un Assuré	**X**			
Taxes, si applicables	**X**			
Total prime d'assurance-vie		(7)		
Total prime d'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle			(8)	
Total prime d'assurance Invalidité				(9)
Prime totale d'assurance-prêt (7) + (8) + (9)				

ARTICLE 10. PRESTATION-DÉCÈS

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-prêt 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 primes depuis le décès de l'Assuré sera remboursé, sans intérêt.

En cas de décès, l'Assureur versera à la Banque une prestation-décès selon les règles suivantes :

1) Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant fixe i.e. en fonction du Montant Assuré choisi

L'Assureur versera la prestation-décès correspondant au moindre des montants entre :

- le Montant Assuré choisi sur la Proposition ; ou
- le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat.

Lorsque l'Assuré choisit d'assurer le montant fixe, l'Assureur versera à la Banque le Solde Utilisé du Prêt, plus les intérêts courus depuis la date du décès. De plus, il versera à l'entreprise la différence entre le Montant Assuré choisi sur la Proposition et le montant de la prestation-décès versée à la Banque.

Exemple :

Montant autorisé du Prêt :	300 000 $
Montant Maximum Assurable :	300 000 $ (Montant fixe, tel que choisi sur la Proposition)
Montant Assuré :	300 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
Prestation maximum vie :	2 000 000 $
Solde Utilisé du Prêt :	75 000 $ (À la date du décès)
Prestation-décès :	300 000 $ i.e. 75 000 $ à la Banque en remboursement du Solde Utilisé du Prêt **et** 225 000 $ à l'entreprise (Différence entre le Montant Assuré et la prestation-décès)

2) Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant variable i.e. en fonction du Solde Utilisé du Prêt

L'Assureur versera la prestation-décès correspondant au moindre 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 prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat.

Exemple :

Montant autorisé du Prêt :	300 000 $
Montant Maximum Assurable :	Montant variable en fonction du Solde Utilisé du Prêt (tel que choisi sur la Proposition)
Montant Assuré :	200 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
Prestation maximum vie :	2 000 000 $
Solde Utilisé du Prêt :	75 000 $ (À la date du décès)
Moyenne du solde quotidien utilisé :	67 000 $ au cours des 12 mois précédant la date du décès
110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé :	73 700 $ (110 % x 67 000 $)
Prestation-décès :	73 700 $ i.e. 73 700 $ à la Banque en remboursement du Prêt

ARTICLE 11. PRESTATION D'INVALIDITÉ

En tout temps durant l'Invalidité, pendant la ou les périodes où l'Assureur évalue ou réévalue la demande de prestation, l'Assuré doit effectuer les versements exigibles sur le Prêt, ainsi que le paiement des primes d'assurance.

Pour chaque jour d'Invalidité ne faisant pas partie d'une période complète couverte, l'Assureur versera 1/30^{e} de la prestation d'Invalidité prévue.

En cas d'Invalidité, l'Assureur versera à la Banque une prestation d'Invalidité selon les règles suivantes :

1) Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant fixe i.e. en fonction du Montant Assuré choisi

En cas d'Invalidité qui persiste après l'expiration du Délai de carence, l'Assureur versera la prestation d'Invalidité correspondant au moindre des montants entre :

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

SPÉCIMEN

Lorsque l'Assuré choisit le montant fixe, l'Assureur versera à la Banque le Versement Assuré, plus les intérêts courus depuis la date de l'Invalidité. Dans le cas où le Versement Assuré payable excède le Solde Utilisé du Prêt, la différence sera versée à l'entreprise.

Exemple :		
	Montant autorisé du Prêt :	300 000 $
	Montant Assuré de l'assurance-vie :	300 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
	Prestation maximum Invalidité :	5 000 $ / mois
	Montant Maximum Assurable :	3 000 $ / mois (1 % du Montant Assuré de l'assurance-vie i.e.1 % x 300 000 $)
	Montant Assuré Invalidité :	2 000 $ / mois (Montant choisi sur la Proposition)
	Solde Utilisé du Prêt :	75 000 $ (À la date de l'Invalidité)
	Prestation Invalidité :	2 000 $ / mois i.e. 2 000 $ / mois à la Banque en remboursement du Solde Utilisé du Prêt

2) Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant variable i.e. en fonction du Solde Utilisé du Prêt

En cas d'Invalidité qui persiste après l'expiration du Délai de carence, l'Assureur versera à la Banque le Versement Assuré, plus les intérêts courus depuis la date de l'Invalidité, soit 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 prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat.

Exemple :		
	Montant autorisé du Prêt :	300 000 $
	Montant Assuré de l'assurance-vie :	300 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
	Prestation maximum Invalidité :	5 000 $ / mois
	Montant Maximum Assurable :	3 000 $ / mois (1 % du Montant Assuré de l'assurance-vie i.e.1 % x 300 000 $)
	Montant Assuré Invalidité :	2 000 $ / mois (Montant choisi sur la Proposition)
	Solde Utilisé du Prêt :	75 000 $ (À la date de l'Invalidité)
	Versement Assuré Invalidité selon le Solde Utilisé :	750 $ (1 % x 75 000 $)
	Moyenne du solde quotidien utilisé :	67 000 $ (Au cours des 12 mois précédant la date de l'Invalidité)
	110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé :	73 700 $ (110 % x 67 000 $)
	Versement Assuré Invalidité selon la moyenne du solde quotidien :	737 $ (1 % x 73 700 $)
	Prestation Invalidité :	737 $ / mois i.e. 737 $ / mois à la Banque en remboursement du Solde du Prêt

Délai de carence : 60 jours consécutifs.

Période maximale : Sous réserve des règles relatives à la Récidive d'Invalidité prévues à l'article *Définitions* du présent certificat, un maximum de 24 mois de Versements Assurés consécutifs est payable pour une même Invalidité, même si l'état d'invalidité de l'Assuré persiste au-delà de cette période. De plus, le ou les Assurés ne pourront collectivement bénéficier que d'un maximum de 48 mois de Versements Assurés pour l'ensemble des Invalidités survenues pour toute la durée du Prêt. Chaque période d'Invalidité distincte devra être entrecoupée d'un retour au travail, ou pour tout Assuré sans emploi, entrecoupée d'un retour aux activités normales d'une personne du même âge.

Cessation des prestations d'invalidité

Le paiement des prestations cesse au premier des événements suivants :

- **Fin de l'Invalidité :** la date à laquelle l'Assuré n'est plus invalide, selon la définition d'Invalidité du présent certificat ;
- **Retour au travail :** la date à laquelle l'Assuré effectue un retour au travail à temps partiel, à temps plein ou progressif, ou qu'il obtient une assignation temporaire, pour occuper les tâches normales de son emploi ou tout autre emploi, incluant des travaux légers ;
- **Activités avec compensation financière :** dès que l'Assuré se livre à une activité pour laquelle il reçoit une compensation financière ;
- **Preuves non soumises :** l'Assuré est en défaut de présenter les pièces justificatives demandées par l'Assureur ou de se soumettre à un examen médical ou à une évaluation par un consultant en réhabilitation, requis par l'Assureur ;
- **Fin du Prêt :** la fermeture du Prêt ou le Prêt est à la fin de la période d'amortissement ;
- **Période maximale de prestations :** à l'expiration de la période maximale de prestations ;
- **Âge maximal :** le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de 70 ans ;
- **Décès :** le décès d'un Assuré, si une prestation d'assurance-vie remboursant le Montant Assuré du Prêt est payable à son égard ;
- **Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle :** le diagnostic d'une Maladie Grave ou d'une Mutilation Accidentelle à un Assuré, si une prestation d'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle remboursant la totalité du Montant Assuré pour l'assurance-vie est payable à son égard.

ARTICLE 12. PRESTATION DE MALADIES GRAVES

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 primes depuis le diagnostic sera remboursé, sans intérêt.

En cas de diagnostic de Maladies Graves, l'Assureur versera la prestation de Maladies Graves selon les règles suivantes :

1) Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant fixe i.e. en fonction du Montant Assuré choisi

L'Assureur versera la prestation de Maladies Graves correspondant au moindre des montants suivants :

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

SPECIMEN

Lorsque l'Assuré choisit le montant fixe, l'Assureur versera à la Banque le Solde Utilisé du Prêt, plus les intérêts courus depuis le diagnostic de Maladies Graves. De plus, il versera 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.

Exemple :

Montant autorisé du Prêt :	300 000 $
Montant Assuré de l'assurance-vie :	300 000 $ (Montant Assuré choisi sur la Proposition)
Prestation Maximum Maladies Graves :	150 000 $
Montant Assuré de la Maladie Grave :	125 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
Solde Utilisé du Prêt :	75 000 $ (À la date du diagnostic de la Maladie Grave)
Prestation de Maladies Graves :	125 000 $ i.e. 75 000 $ à la Banque en remboursement du Solde Utilisé du Prêt **et** 50 000 $ à l'entreprise (Différence entre le Montant Assuré de la Maladies Graves et la prestation de Maladies Graves)

2) Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant variable i.e. en fonction du Solde Utilisé du Prêt

L'Assureur versera la prestation de Maladies Graves correspondant au moindre des montants entre :

- le Solde Utilisé du Prêt calculé 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 du diagnostic de Maladies Graves ; 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 prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat.

Exemple :

Montant autorisé du Prêt :	300 000 $
Montant Maximum Assurable :	Montant variable en fonction du Solde Utilisé du Prêt (tel que choisi sur la Proposition)
Montant Assuré de la Maladie Grave :	150 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
Prestation maximum Maladies Graves :	150 000 $
Solde Utilisé du Prêt :	75 000 $ (À la date du diagnostic de Maladies Graves)
Moyenne du solde quotidien utilisé :	67 000 $ (Au cours des 12 mois précédant la date du diagnostic de Maladies Graves)
110 % de la moyenne du solde quotidien utilisé :	73 700 $ (110 % x 67 000 $)
Prestation de Maladies Graves :	73 700 $ i.e. 73 700 $ à la Banque en remboursement du Solde Utilisé du Prêt

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 de l'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.

ARTICLE 13. PRESTATION DE MUTILATION ACCIDENTELLE

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.

En cas de Mutilation Accidentelle de l'Assuré causée par un Accident survenu alors que l'assurance est en vigueur, l'Assureur versera une prestation de Mutilation Accidentelle correspondant aux pourcentages suivants du Montant Assuré et ce, selon la perte et les règles suivantes :

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

1) Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant fixe i.e. en fonction du Montant Assuré choisi

L'Assureur versera la prestation de Mutilation Accidentelle correspondant au moindre des montants entre :

- le pourcentage (selon la perte) du Montant Assuré choisi sur la Proposition; ou
- le pourcentage (selon la perte) du Montant Assuré de l'assurance-vie; ou
- le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat.

Lorsque l'Assuré choisit le montant fixe, l'Assureur versera à la Banque le Solde Utilisé du Prêt, plus les intérêts courus depuis la date du diagnostic de Mutilation Accidentelle. De plus, il versera à l'entreprise la différence entre le Montant Assuré choisi sur la Proposition et le montant de la prestation de Mutilation Accidentelle versée à la Banque.

Exemple :

Montant autorisé du Prêt :	300 000 $
Montant Assuré de l'assurance-vie :	300 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
Prestation Maximum Mutilation Accidentelle :	150 000 $
Montant Assuré de la Mutilation Accidentelle :	125 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
Solde Utilisé du Prêt :	75 000 $ (À la date du diagnostic de la Mutilation Accidentelle)
Prestation de Mutilation Accidentelle | un œil 25 % :	31 250 $ (125 000 $ x 25 %) i.e. 31 250 $ à la Banque en remboursement du Solde Utilisé du Prêt

2) Lorsque le Montant Maximum Assurable choisi sur la Proposition est le montant variable i.e. en fonction du Solde Utilisé du Prêt

L'Assureur versera la prestation de Mutilation Accidentelle correspondant au moindre des montants entre :

- le pourcentage (selon la perte) du Solde Utilisé du Prêt calculé 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 prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat.

SPECIMEN

Exemple :	Montant autorisé du Prêt :	300 000 $
	Montant Maximum Assurable :	Montant variable en fonction du Solde Utilisé du Prêt (tel que choisi sur la Proposition)
	Montant Assuré de l'assurance-vie :	200 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
	Prestation Maximum Mutilation Accidentelle :	150 000 $
	Montant Assuré de la Mutilation Accidentelle :	125 000 $ (Montant choisi sur la Proposition)
	Solde Utilisé du Prêt :	75 000 $ (À la date du diagnostic de la Mutilation Accidentelle)
	Prestation de Mutilation Accidentelle | un œil 25 % :	18 750 $ (75 000 $ x 25 %) i.e. 18 750 $ à la Banque en remboursement du Solde Utilisé du Prêt

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 excéder le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat.

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 de l'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.

ARTICLE 14. PRESTATION MAXIMUM

La prestation payable ne pourra en aucun temps excéder le montant maximum prévu pour chacune des protections :

Protection	Montant maximum
Vie	2 000 000 $
Maladies graves	150 000 $
Mutilation accidentelle	150 000 $
Invalidité	5 000 $ par mois

Si des primes ont été versées pour un montant supérieur à la prestation maximum, la différence sera remboursée, sans intérêt. La prestation maximum d'invalidité exclut le remboursement de la prime d'assurance.

ARTICLE 15. MULTIPLES ASSURÉS

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 excéder le Montant Assuré de l'assurance Invalidité ni la période maximale des prestations pour l'ensemble des Assurés. La prestation d'Invalidité ne peut être versée à plus d'un Assuré à la fois.

Dans le cas de Mutilation Accidentelle simultanée de plus d'un Assuré, sans qu'il soit possible de déterminer quel Assuré 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 toutefois excéder le montant prévu à l'article *Prestation maximum* de ce certificat.

ARTICLE 16. DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations pour un Événement Assuré qui persiste après l'expiration du Délai de carence, si applicable, doit être signalée à l'Assureur.

Pour les protections d'assurance Invalidité, Maladies Graves et Mutilation Accidentelle, les documents requis, accompagnés des pièces justificatives et de toute autre information pertinente, devront être transmis à l'Assureur au plus tard 1 an à compter de la date de l'Événement Assuré. Sinon, l'Assuré perd son droit aux prestations pour ces protections.

Pour la protection d'assurance-vie, les documents doivent être transmis à l'Assureur aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.

ARTICLE 17. RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Assurance-vie, assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle, et assurance Invalidité :

Aucune prestation n'est payable pour un décès, une Invalidité, une Maladie Grave ou une Mutilation Accidentelle résultant directement ou indirectement des causes suivantes :

- **Guerre :** de la guerre ou de tout acte de guerre, que l'Assuré y ait participé ou non, sauf si l'Assuré y agissait à titre de membre des Forces canadiennes ou de la réserve des Forces canadiennes ;
- **Émeute :** de toute participation active à une agitation populaire, émeute ou insurrection ;
- **Stupéfiants :** d'usage de stupéfiants ;
- **Aéronef :** d'une participation active à un vol dans un aéronef, que ce soit à titre de pilote, membre d'équipage, instructeur ou étudiant ;
- **Tentative de suicide ou d'une automutilation volontaire :** d'une tentative de suicide ou d'une automutilation volontaire, quelle que soit la condition mentale de l'Assuré ;
- **Conditions préexistantes :** des suites d'une Maladie ou symptômes ou d'un Accident lorsqu'un décès, une Maladie Grave, une Mutilation Accidentelle ou une Invalidité survient au cours des 12 mois qui suivent la date de prise d'effet de l'assurance et que l'Assuré a, pour cette Maladie ou ces symptômes, blessure ou toute autre cause connexe résultant directement ou indirectement de cet Accident ou Maladie, consulté ou reçu des traitements d'un médecin ou d'un autre professionnel faisant partie d'une association ou d'un ordre professionnel de la santé, subi des examens, fait usage de médicaments ou été hospitalisé au cours des 12 mois précédant la prise d'effet de l'assurance ;
- **Exclusions spécifiques à l'Assuré :** de toutes exclusions spécifiques à l'Assuré tel que stipulé à l'avenant d'exclusion émis par l'Assureur comme conditions d'acceptation du dossier (s'il y a lieu).

SPÉCIMEN

MC La marque nominale et le logo BANQUE NATIONALE ASSURANCES sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisées sous licence par certaines de ses filiales.

Assurance Invalidité exclusivement :

Aucune prestation n'est payable pour une Invalidité résultant directement ou indirectement des causes suivantes :

- **Soins esthétiques :** d'une chirurgie ou de soins esthétiques ;
- **Troubles psychologiques, psychiatriques, d'adaptation, fatigue chronique. dépression, anxiété ou épuisement professionnel :** si l'Assuré n'est pas engagé dans un processus thérapeutique supervisé par un médecin spécialisé en ces matières ;
- **Mal de dos : un mal de dos, une cervicalgie, une dorsalgie ou une lombalgie** dont l'existence n'est fondée que sur la présence de douleurs ressenties par l'Assuré, sans qu'il ne soit possible d'en établir la cause, autre que celle d'une arthrose normale compte tenu de l'âge de l'Assuré ;
- **Grossesse :** d'une grossesse normale ;
- **Alcoolisme ou de toxicomanie :** d'alcoolisme ou de toxicomanie. Cependant, des prestations pourront être versées durant la période où ces affections sont traitées en cure fermée.

Assurance Maladies Graves exclusivement :

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 aux sections Accident vasculaire cérébral , Cancer (mettant la vie en danger) et Crise cardiaque de l'article *Définitions*.

ARTICLE 18. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance prend fin d'office au premier des événements suivants :

- **Non-paiement des primes :** un retard de plus de 3 mois de paiement des primes ;
- **Annulation :** la date à laquelle l'Assuré désire mettre fin volontairement à son assurance si l'Assureur en est avisé avant cette date par téléphone au 1 877 871-7500 ou par écrit, sinon la date de réception de l'avis par l'Assureur 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 à la date à laquelle ce Prêt (ou une part du Prêt) est assumé par un autre débiteur non assuré par un certificat d'assurance relatif audit Prêt ;
- **Âge maximum :** le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de 70 ans ;
- **Faillite :** la date à laquelle l'entreprise déclare faillite selon la loi ;
- **Décès :** le décès d'un Assuré, si une prestation d'assurance-vie remboursant le Montant Assuré du Prêt est payable à son égard ;
- **Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle :** le diagnostic d'une Maladie Grave ou d'une Mutilation Accidentelle à un Assuré, si une prestation d'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle remboursant la totalité du Montant Assuré pour l'assurance-vie est payable à son égard ;
- **Assurance Maladies Graves ou Mutilation Accidentelle :** le versement d'une prestation de Maladies Graves met fin à l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle de tous les Assurés ;
- **Assurance Invalidité :** lorsque le ou les Assurés ont collectivement bénéficié du maximum de 48 mois de Versements Assurés pour l'ensemble des Invalidités survenues pour toute la durée du Prêt ;
- **Assurance Invalidité et assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle :** La date à laquelle la protection d'assurance-vie prend fin.

SPÉCIMEN

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

DISPOSITION GÉNÉRALE : Sur demande, tout Assuré a le droit d'obtenir une copie de la Proposition, du certificat d'assurance, de toute déclaration ou document transmis à titre de preuve d'assurabilité et de la Police d'assurance collective numéro 70009-17 (la « Police »).

CONTRAT NON PARTICIPATIF ET AUCUN DIVIDENDE : La présente Police ne donne droit à aucune participation dans la distribution des surplus ou des profits qui peuvent être déclarés par l'Assureur ni aux dividendes.

PRESCRIPTION DES ACTIONS (DÉLAIS DE PRESCRIPTION)

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.

AVIS CONCERNANT LE MIB LLC. (BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX)

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Toutefois, l'Assureur ou son réassureur peut en communiquer un résumé au MIB LLC. (Bureau des renseignements médicaux), organisme sans but lucratif au service exclusif des compagnies d'assurance sur la vie, qui maintient un centre de données pour ses compagnies membres.

Si vous adressez une proposition d'assurance-vie ou d'assurance maladie ou soumettez une demande d'indemnisation à l'une des compagnies membres, le MIB lui fournira, sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers.

Le MIB vous transmettra sur demande tous renseignements qu'il possède à votre sujet. Si des renseignements consignés au MIB vous semblent inexacts, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant au MIB LLC., 50, Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734, États-Unis. Téléphone : 1 866 692-6901.

L'Assureur peut aussi communiquer les renseignements qu'il possède à une autre compagnie d'assurance à laquelle vous auriez adressé une proposition d'assurance-vie ou maladie ou autre demande d'indemnisation.

Pour plus de renseignements sur le MIB, consultez leur site mib.com.

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Assureur recueille, utilise et communique vos renseignements personnels notamment pour :

- vérifier votre identité
- vous fournir l'assurance-prêt demandée
- prévenir la fraude, gérer les risques et se conformer aux lois
- permettre à l'Assureur d'améliorer et développer ses produits et services et mieux connaître ses clients
- permettre à l'Assureur, à la Banque Nationale ou à ses filiales de présenter des offres et autres communications promotionnelles ou celles de ses partenaires d'affaires, sauf si vous refusez
- toute autre fin prévue dans la Politique de protection des renseignements personnels de la Banque Nationale et ses filiales, disponible au https://www.bnc.ca/politique-de-confidentialite.html.

La politique mentionne entre autres quels renseignements l'Assureur recueille, à qui il les communique et comment ils sont utilisés et conservés, quels sont vos options et vos droits, et comment gérer vos consentements.

Afin de vérifier votre assurabilité pour l'assurance-prêt, l'Assureur pourra aussi recueillir des renseignements auprès de tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseurs, mandataires, compagnie s'assurance ou tout autre ou organisme détenant des renseignements sur vous ou votre état de santé, dont le Bureau de renseignements médicaux (MIB LLC.), un organisme qui maintient une base de données de renseignements sur les assurés et que les assureurs peuvent consulter dans le cadre de processus de souscription d'assurance (voir Avis concernant le Bureau de renseignements médicaux (MIB LLC.).

De plus, l'Assureur peut aussi communiquer tout renseignement sur votre état de santé ou toute autre information pertinente à l'assurance-prêt vous concernant au Bureau des renseignements médicaux (MIB LLC.) ou à ses réassureurs.

Vos renseignements personnels seront conservés par l'Assureur pour une durée raisonnable à la suite de la fin de la relation d'affaires pour respecter ses obligations légales.

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, 800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3.

GESTION DES PLAINTES

L'expérience client est au cœur de nos préoccupations. Peu importe ce que vous avez à nous dire, nous sommes à l'écoute, prêts à vous venir en aide. Si notre service n'a pas été à la hauteur de vos attentes, consultez notre site web www.assurances-bnc.ca pour obtenir notre processus de gestion des plaintes, ou communiquez avec notre service à la clientèle au 1 877 871-7500.

Pour toute information, communiquez avec nous :	**Montréal**	514 871-7500
	Sans frais	1 877 871-7500

Le recours au masculin pour désigner des personnes a comme seul but d'alléger le texte et d'identifier sans discrimination les individus des deux sexes.

Aucune personne ne peut modifier le présent certificat. Tout formulaire modifié sera nul. Les employés de la Banque Nationale du Canada n'agissent en aucun temps à titre de mandataire de l'Assureur aux fins de l'administration de la présente Police d'assurance collective.

SPÉCIMEN