



PROTÉGER

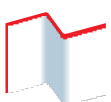
Proposition d'assurance Assurance-prêt aux particuliers

Rassurez vos proches... Assurez votre prêt.

Vie, maladies graves et mutilation accidentelle, invalidité

Tout-En-Un

Plate-forme Expert



**BANQUE
NATIONALE**

ASSURANCES

Votre certificat d'assurance

Assurance-vie, assurance maladies graves et mutilation accidentelle, assurance invalidité
TOUT-EN-UN

Ce certificat atteste que 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 ;
- le paiement des primes ;
- 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.

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 trente (30) jours suivant la date de signature de la Proposition, l'Assureur remboursera toutes les primes versées, s'il y a lieu, et l'assurance n'aura jamais pris effet.

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

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 définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (30) jours suivant 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.

Ne comprend pas les cas suivants :

- *attaques ischémiques cérébrales transitoires ; ou*
- *accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ; ou*
- *infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.*

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 le siège social est situé au 1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, montréal (Québec) H3B 2G7.

Banque : Banque Nationale du Canada.

Cancer (mettant la vie en danger) : Le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Le diagnostic de cancer doit être posé par un Spécialiste.

Ne comprend pas les cancers suivants :

- *carcinome in situ ; ou*
- *mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V) ; ou*
- *tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases ; ou*
- *cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).*

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 (Infarctus du myocarde) : Le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :

L'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque ; ou
- de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde ; ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

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

Ne comprend pas les cas suivants :

- *élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q ; ou*
- *découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne rencontre pas la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.*

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.

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 tout 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, 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 monétaire.

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'une corporation professionnelle de la santé. Ces soins doivent être considérés comme satisfaisants par l'Assureur.

Maladies Graves : Cancer, Crise Cardiaque et Accident Vasculaire Cérébral, tel que ces maladies sont définies dans le présent certificat.

Montant Initial Assuré : Selon l'option cochée sur la Proposition, le montant autorisé du Prêt ou le montant choisi par l'Assuré, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article « Prestation maximum » du présent certificat. De plus, dans le cas de la reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur, ce montant ne pourra excéder le Solde Assuré du prêt antérieur à la date du Refinancement.

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 trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'Accident. La perte d'usage doit subsister pendant douze (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 N° 70008B13. L'Assuré peut demander par écrit à l'Assureur une copie de la Police, moyennant des frais administratifs.

Prêt : Tout-En-Un concerné par la Proposition ci-jointe.

Proposition : Le formulaire de proposition d'assurance de l'Assureur dûment complété et signé par le proposant.

Récidive d'Invalidité : Au cours des quatre-vingt-dix (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 sept (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 montant autorisé.

Résident : Toute personne qui réside au Canada ou aux États-Unis, qui y est domiciliée et qui y a été présente cent-quatre-vingt-trois (183) jours au cours des douze (12) mois précédant la date de signature de la Proposition.

Solde Assuré : 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 Initial Assuré ; ou
- le montant prévu à l'article « Prestation maximum » du présent certificat.

Spécialiste : Un médecin qui détient un permis d'exercice valide 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 d'Amérique. 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 : Versement choisi par l'Assuré lors de l'adhésion à l'assurance sans toutefois excéder le moindre des montants suivants :

- le montant choisi par l'Assuré dans la Proposition ; ou
- 2 % du solde du Prêt au moment de l'Événement Assuré ; ou
- le montant prévu à l'article « Prestation maximum » du présent certificat.

ARTICLE 2. ADMISSIBILITÉ ET ASSURABILITÉ

Le proposant doit satisfaire aux conditions d'admissibilité et d'assurabilité des sections « Admissibilité » et « Déclaration de santé » de la Proposition et satisfaire aux exigences de l'Assureur quant à son état de santé et ses habitudes de vie. L'Assureur peut demander que soit effectué au besoin 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, pour effectuer l'analyse du risque relativement à la demande d'assurance. 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

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

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

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 effectivement payées, sans toutefois excéder le Solde 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 ladite assurance et 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 marijuana ou encore de produits de remplacements de la nicotine sous quelque forme que ce soit au cours des douze (12) mois précédant la date de signature de la Proposition.

Si, suivant les déclarations de l'Assuré incluses dans la Proposition ou dans toute autre communication avec l'Assureur, l'assurance est établie selon le statut de tabagisme « 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, le cas échéant, seront remboursées, sans intérêt.

ARTICLE 6. SUICIDE DE L'ASSURÉ

En cas de suicide de l'Assuré dans les deux (2) premières années suivant la date de prise d'effet de l'assurance, que celui-ci soit sain d'esprit ou non, 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.

ARTICLE 7. REFINANCEMENT DU PRÊT

Dans le cas d'un Refinancement du Prêt auprès de la Banque, une nouvelle Proposition 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 solde 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, l'Assureur pourra, à la demande écrite de l'Assuré dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours de l'avis de refus, reconnaître l'assurance qui était en vigueur immédiatement avant le Refinancement, mais aux conditions de la nouvelle demande. Toute reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur est sujette à l'étude du dossier et sous réserve de l'exactitude des renseignements fournis depuis la première prise d'effet de l'assurance. Le montant d'assurance reconnu sera le Solde 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 détenait l'assurance Invalidité au moment du Refinancement, le montant de la prestation d'Invalidité reconnu sera le Versement Assuré du prêt antérieur à la date du Refinancement, 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 prévue au début de l'Invalidité.

ARTICLE 8. PRESTATION-DÉCÈS

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

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

Si décès accidentel : Solde Assuré à la date du décès, plus tout intérêt couru depuis la date du décès.

Si décès non accidentel : Le moindre des montants suivants :

- le Solde Assuré du Prêt à la date de l'Événement Assuré ; ou
- 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt au cours des douze (12) mois précédant la date de l'Événement Assuré ; ou
- dans l'éventualité où l'assurance est en vigueur depuis moins de douze (12) mois, 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt depuis la date de prise d'effet de l'assurance.

Par exemple, si le montant autorisé du Prêt est de 625 000 \$ et que l'Assuré a choisi d'assurer le montant autorisé du Prêt, le Montant Initial Assuré sera de 500 000 \$ pour l'assurance-vie.

Si, à la date du décès de l'Assuré, le solde du Prêt est de 475 000 \$, mais que la moyenne du solde quotidien du Prêt au cours des 12 mois précédant le décès est de 425 000 \$, la prestation-décès versée à la Banque sera de 467 500 \$.

montant autorisé du Prêt :	625 000 \$
montant Initial Assuré :	500 000 \$ (prestation maximum)
Solde du Prêt :	475 000 \$ à la date du décès
moyenne du solde quotidien :	425 000 \$ au cours des 12 mois précédant la date du décès
110 % de la moyenne :	110 % x 425 000 \$ = 467 500 \$
Prestation-décès :	467 500 \$

ARTICLE 9. TABLEAU DES TAUX DE PRIMES MENSUELLES – TOUT-EN-UN

La prime est calculée selon l'âge atteint à la signature de la Proposition et par la suite à la date anniversaire de la prise d'effet de l'assurance. Dans ce cas, le taux sera ajusté selon l'âge de l'Assuré.

La prime payable, en contrepartie de la couverture d'assurance, est calculée chaque jour en fonction du Solde Assuré quotidien du Prêt.

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.

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 0,9

Ajouter la taxe sur primes applicable : Québec : 9 % Ontario et manitoba : 8 % Autres provinces : 0 %

PROTECTION D'ASSURANCE-VIE

Taux de primes mensuelles par 1 000 \$ de Solde Assuré

Âge	0 à 49 999 \$				50 000 \$ à 124 999 \$				125 000 \$ à 500 000 \$			
	Homme		Femme		Homme		Femme		Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur
18	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,19	0,09	0,14	0,11	0,17	0,08	0,13
19	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,19	0,09	0,14	0,11	0,17	0,08	0,13
20	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,19	0,09	0,14	0,11	0,17	0,08	0,13
21	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,19	0,09	0,14	0,11	0,17	0,08	0,13
22	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,19	0,09	0,14	0,11	0,17	0,08	0,13
23	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,19	0,09	0,14	0,11	0,17	0,08	0,13
24	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,19	0,09	0,14	0,11	0,17	0,08	0,13
25	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,19	0,09	0,15	0,11	0,17	0,08	0,13
26	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,20	0,09	0,15	0,11	0,18	0,08	0,14
27	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,20	0,09	0,16	0,11	0,18	0,08	0,14
28	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,20	0,09	0,16	0,11	0,18	0,08	0,14
29	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,20	0,09	0,16	0,11	0,18	0,08	0,15
30	0,24	0,34	0,20	0,29	0,12	0,20	0,10	0,17	0,11	0,18	0,09	0,15
31	0,24	0,34	0,20	0,29	0,13	0,20	0,10	0,17	0,11	0,18	0,09	0,15
32	0,24	0,34	0,20	0,29	0,13	0,20	0,11	0,18	0,12	0,18	0,10	0,16
33	0,24	0,34	0,20	0,29	0,13	0,20	0,11	0,18	0,12	0,18	0,10	0,16
34	0,24	0,34	0,20	0,29	0,14	0,21	0,12	0,19	0,13	0,19	0,11	0,17
35	0,24	0,34	0,20	0,29	0,15	0,22	0,13	0,20	0,14	0,20	0,12	0,18
36	0,24	0,34	0,20	0,29	0,16	0,23	0,14	0,21	0,15	0,21	0,13	0,19
37	0,24	0,34	0,21	0,29	0,18	0,25	0,16	0,22	0,16	0,22	0,14	0,20
38	0,25	0,34	0,22	0,30	0,19	0,26	0,17	0,23	0,17	0,23	0,15	0,21
39	0,26	0,36	0,23	0,31	0,20	0,28	0,18	0,25	0,18	0,26	0,16	0,22
40	0,27	0,38	0,24	0,33	0,22	0,31	0,20	0,27	0,20	0,28	0,18	0,24
41	0,28	0,40	0,25	0,34	0,23	0,34	0,21	0,29	0,21	0,30	0,19	0,26
42	0,30	0,44	0,27	0,37	0,25	0,37	0,22	0,31	0,23	0,33	0,20	0,28
43	0,32	0,48	0,29	0,40	0,27	0,40	0,24	0,33	0,24	0,36	0,22	0,30
44	0,35	0,53	0,31	0,43	0,29	0,44	0,26	0,36	0,26	0,40	0,23	0,32
45	0,38	0,58	0,34	0,46	0,32	0,48	0,28	0,39	0,29	0,43	0,25	0,35

PROTECTION D'ASSURANCE-VIE (suite)

Taux de primes mensuelles par 1 000 \$ de Solde Assuré

Âge	0 à 49 999 \$				50 000 \$ à 124 999 \$				125 000 \$ à 500 000 \$			
	Homme		Femme		Homme		Femme		Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur
46	0,42	0,64	0,37	0,50	0,35	0,53	0,31	0,42	0,31	0,48	0,28	0,38
47	0,45	0,70	0,40	0,54	0,38	0,58	0,33	0,45	0,34	0,52	0,30	0,41
48	0,49	0,77	0,43	0,59	0,41	0,64	0,36	0,49	0,37	0,58	0,32	0,44
49	0,51	0,82	0,45	0,62	0,43	0,68	0,37	0,51	0,38	0,61	0,34	0,46
50	0,53	0,87	0,46	0,65	0,44	0,72	0,39	0,54	0,40	0,65	0,35	0,48
51	0,55	0,92	0,48	0,68	0,46	0,77	0,40	0,56	0,42	0,69	0,36	0,51
52	0,58	0,98	0,50	0,71	0,48	0,82	0,41	0,59	0,43	0,74	0,37	0,53
53	0,60	1,04	0,52	0,74	0,50	0,87	0,43	0,62	0,45	0,78	0,39	0,56
54	0,63	1,10	0,54	0,78	0,52	0,92	0,45	0,65	0,47	0,83	0,40	0,58
55	0,66	1,17	0,56	0,82	0,55	0,97	0,46	0,68	0,49	0,88	0,42	0,61
56	0,69	1,23	0,58	0,85	0,57	1,03	0,48	0,71	0,52	0,93	0,43	0,64
57	0,72	1,31	0,60	0,89	0,60	1,09	0,50	0,74	0,54	0,98	0,45	0,67
58	0,76	1,38	0,62	0,94	0,63	1,15	0,52	0,78	0,57	1,04	0,47	0,70
59	0,79	1,45	0,66	0,98	0,66	1,20	0,55	0,82	0,60	1,08	0,50	0,74
60	0,84	1,51	0,70	1,03	0,70	1,26	0,58	0,86	0,63	1,14	0,52	0,78
61	0,88	1,59	0,74	1,09	0,73	1,32	0,62	0,91	0,66	1,19	0,55	0,81
62	0,92	1,66	0,78	1,14	0,77	1,38	0,65	0,95	0,69	1,25	0,59	0,86
63	0,97	1,74	0,83	1,20	0,81	1,45	0,69	1,00	0,73	1,31	0,62	0,90
64	1,02	1,82	0,88	1,27	0,85	1,52	0,73	1,06	0,77	1,37	0,66	0,95
65*	1,07	1,91	0,93	1,34	0,90	1,59	0,77	1,12	0,81	1,43	0,70	1,01
66*	1,13	2,00	0,98	1,42	0,94	1,67	0,82	1,18	0,85	1,50	0,74	1,06
67*	1,19	2,09	1,04	1,50	0,99	1,75	0,87	1,25	0,89	1,57	0,78	1,12
68*	1,25	2,19	1,10	1,59	1,04	1,83	0,92	1,32	0,94	1,65	0,82	1,19
69*	1,31	2,30	1,16	1,66	1,10	1,92	0,97	1,38	0,99	1,72	0,87	1,24
70*	1,38	2,41	1,23	1,73	1,15	2,01	1,03	1,44	1,04	1,81	0,92	1,30

MALADIES GRAVES ET MUTILATION ACC.

Taux de primes mensuelles par 1 000 \$ de Solde Assuré

Âge	0 à 49 999 \$				50 000 \$ à 150 000 \$			
	Homme		Femme		Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur
18	0,22	0,26	0,22	0,26	0,11	0,13	0,11	0,13
19	0,22	0,26	0,22	0,26	0,11	0,13	0,11	0,13
20	0,22	0,26	0,22	0,26	0,11	0,13	0,11	0,13
21	0,22	0,26	0,22	0,26	0,11	0,13	0,11	0,13
22	0,22	0,26	0,22	0,26	0,11	0,13	0,11	0,13
23	0,22	0,26	0,22	0,26	0,11	0,14	0,11	0,14
24	0,22	0,26	0,22	0,26	0,11	0,14	0,11	0,14
25	0,22	0,26	0,22	0,26	0,12	0,14	0,12	0,15
26	0,22	0,26	0,22	0,26	0,12	0,14	0,12	0,15
27	0,22	0,26	0,22	0,26	0,12	0,15	0,12	0,16
28	0,22	0,26	0,22	0,26	0,12	0,15	0,12	0,16
29	0,22	0,27	0,22	0,29	0,13	0,17	0,13	0,18
30	0,23	0,29	0,23	0,31	0,14	0,19	0,14	0,20
31	0,24	0,31	0,24	0,34	0,16	0,20	0,16	0,22
32	0,25	0,33	0,25	0,36	0,17	0,22	0,17	0,24
33	0,26	0,35	0,26	0,38	0,18	0,24	0,18	0,26
34	0,27	0,38	0,27	0,41	0,19	0,27	0,19	0,29
35	0,28	0,41	0,28	0,44	0,20	0,30	0,20	0,32
36	0,29	0,44	0,29	0,47	0,22	0,33	0,22	0,35
37	0,30	0,47	0,30	0,50	0,23	0,36	0,23	0,38
38	0,31	0,50	0,31	0,52	0,24	0,39	0,24	0,41
39	0,31	0,54	0,31	0,55	0,25	0,43	0,25	0,44
40	0,32	0,57	0,32	0,57	0,27	0,48	0,26	0,48
41	0,34	0,63	0,33	0,61	0,28	0,52	0,28	0,51
42	0,36	0,68	0,35	0,66	0,30	0,57	0,29	0,55
43	0,37	0,73	0,36	0,70	0,31	0,61	0,30	0,58
44	0,42	0,82	0,40	0,76	0,35	0,69	0,33	0,63
45	0,46	0,91	0,43	0,83	0,38	0,76	0,36	0,69
46	0,50	1,01	0,47	0,89	0,42	0,84	0,39	0,74
47	0,54	1,10	0,50	0,96	0,45	0,91	0,42	0,80
48	0,59	1,19	0,54	1,02	0,49	0,99	0,45	0,85
49	0,66	1,33	0,60	1,11	0,55	1,11	0,50	0,93
50	0,72	1,47	0,66	1,20	0,60	1,22	0,55	1,00
51	0,79	1,61	0,71	1,29	0,66	1,34	0,59	1,08
52	0,86	1,74	0,77	1,38	0,71	1,45	0,64	1,15
53	0,92	1,88	0,83	1,48	0,77	1,57	0,69	1,23
54	0,99	2,04	0,88	1,56	0,83	1,70	0,73	1,30
55	1,06	2,19	0,92	1,63	0,88	1,83	0,77	1,36
56	1,13	2,34	0,97	1,71	0,94	1,95	0,81	1,43
57	1,19	2,50	1,02	1,79	0,99	2,08	0,85	1,49
58	1,26	2,65	1,07	1,87	1,05	2,21	0,89	1,56
59	1,32	2,78	1,11	1,93	1,10	2,32	0,92	1,61
60	1,38	2,91	1,15	1,99	1,15	2,43	0,96	1,66
61	1,45	3,04	1,19	2,05	1,21	2,53	0,99	1,71
62	1,51	3,17	1,23	2,11	1,26	2,64	1,03	1,76
63	1,57	3,30	1,27	2,17	1,31	2,75	1,06	1,81
64	1,63	3,41	1,31	2,23	1,36	2,84	1,09	1,86
65*	1,69	3,52	1,34	2,29	1,41	2,93	1,12	1,91
66*	1,75	3,62	1,38	2,35	1,46	3,02	1,15	1,96
67*	1,81	3,73	1,42	2,41	1,51	3,11	1,18	2,01
68*	1,87	3,84	1,45	2,47	1,56	3,20	1,21	2,06
69*	1,93	3,95	1,49	2,53	1,61	3,29	1,24	2,11
70*	1,99	4,06	1,52	2,59	1,66	3,38	1,27	2,16

* S'applique au renouvellement seulement

PROTECTION D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Taux de primes mensuelles par Par 10 \$ de Versement Assuré

ÂGE	0 \$ à 2 000 \$ par mois TOUS
18	0,16
19	0,16
20	0,16
21	0,16
22	0,16
23	0,16
24	0,16
25	0,16
26	0,16
27	0,16
28	0,17
29	0,18
30	0,19
31	0,19
32	0,20
33	0,21
34	0,22
35	0,23
36	0,24
37	0,25
38	0,26
39	0,28
40	0,29
41	0,31
42	0,32
43	0,34
44	0,35
45	0,37
46	0,38
47	0,40
48	0,41
49	0,43
50	0,45
51	0,48
52	0,50
53	0,52
54	0,56
55	0,59
56	0,63
57	0,66
58	0,70
59	0,75
60	0,79
61	0,84
62	0,88
63	0,93
64	0,98
65*	1,02
66*	1,07
67*	1,11
68*	1,16
69*	1,21
70*	1,25

ARTICLE 10. PRESTATION D'INVALIDITÉ

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

Invalidité accidentelle

En cas d'Invalidité causée par un Accident et qui persiste après l'expiration du Délai de carence applicable, l'Assureur versera à la Banque la prestation d'Invalidité correspondant au Versement Assuré à la date du début de l'Événement Assuré.

Invalidité non accidentelle

En cas d'Invalidité non accidentelle et qui persiste après l'expiration du Délai de carence applicable, l'Assureur versera à la Banque la prestation d'Invalidité correspondant au moindre des montants suivants :

- le Versement Assuré à la date du début de l'Événement Assuré ; ou
- 2 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt au cours des douze (12) mois précédant la date de l'Événement Assuré ; ou
- dans l'éventualité où l'assurance est en vigueur depuis moins de douze (12) mois, 2 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt depuis la date de prise d'effet de l'assurance.

Délai de carence : Soixante (60) jours consécutifs.

Période maximale : Sous réserve des règles relatives à la Récidive d'Invalidité contenues à l'article « Définitions » du présent certificat, un maximum de vingt-quatre (24) mois de Versements Assurés consécutifs est payable pour une même Invalidité et ce, 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 quarante-huit (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

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, que ce soit pour occuper les tâches normales de son emploi ou tout autre emploi, incluant des travaux légers ;
- **Activités avec compensation monétaire** : dès que l'Assuré se livre à une activité pour laquelle il reçoit une compensation monétaire ;
- **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, requis par l'Assureur ;
- **Fin du Prêt** : la fermeture du Prêt ;
- **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 soixante-dix (70) ans ;
- **Décès** : le décès d'un Assuré, si une prestation d'assurance-vie remboursant le Solde 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 Solde Assuré pour l'assurance-vie est payable à son égard.

ARTICLE 11. PRESTATION DE MALADIES GRAVES

En cas de maladie Grave, l'Assureur versera à la Banque la prestation de maladies Graves correspondant au moindre des montants suivants :

- le Solde Assuré du Prêt à la date de l'Événement Assuré ; ou
- 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt au cours des douze (12) mois précédant la date de l'Événement Assuré ; ou
- dans l'éventualité où l'assurance est en vigueur depuis moins de douze (12) mois, 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt depuis la date de prise d'effet de l'assurance.

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

Si, à la date du diagnostic, le Solde Assuré de l'assurance maladies Graves et mutilation Accidentelle était inférieur au Solde Assuré de l'assurance-vie, l'assurance-vie demeurera en vigueur pour tous les Assurés, sur le montant Initial Assuré réduit du montant de la prestation de maladies Graves.

Par exemple, si le montant autorisé du Prêt est de 625 000 \$ et que l'Assuré a choisi d'assurer le montant autorisé du Prêt, le Montant Initial Assuré sera de 150 000 \$ pour l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle.

Si, à la date du diagnostic de l'Assuré, le solde du Prêt est de 475 000 \$, mais que la moyenne du solde quotidien du Prêt au cours des 12 mois précédant le diagnostic est de 425 000 \$, la prestation de Maladies Graves versée à la Banque sera de 150 000 \$. Suite au versement de cette prestation, l'assurance-vie demeurera en vigueur pour tous les Assurés, sur le Montant Initial Assuré réduit du montant de la prestation.

montant autorisé du Prêt : 625 000 \$

Prestation selon le moindre des montants suivants :

Solde Assuré : 150 000 \$ (prestation maximum)

Solde du Prêt : 475 000 \$ à la date du diagnostic de la maladie Grave

110 % de la moyenne : $110 \% \times 425\,000 \$ = 467\,500 \$$ (selon une moyenne du solde quotidien de 425 000 \$ au cours des 12 mois précédant la date du diagnostic)

Prestation de maladies Graves : 150 000 \$

Solde Assuré de l'assurance-vie suite au versement de la prestation de maladies Graves :

$500\,000 \$$ (prestation maximum) - $150\,000 \$$ (prestation de maladies Graves) = $350\,000 \$$

ARTICLE 12. PRESTATION DE MUTILATION ACCIDENTELLE

En cas de mutilation Accidentelle de l'Assuré causée par suite d'un Accident survenu alors que l'assurance est en vigueur, l'Assureur versera à la Banque une prestation de mutilation Accidentelle correspondant à :

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

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, s'il y a lieu, seront versées.

Le total des prestations payables pour des pertes résultant de 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 Solde 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 Initial Assuré réduit du montant de la prestation de mutilation Accidentelle.

Si, à la date du diagnostic, le Solde Assuré de l'assurance maladies Graves et mutilation Accidentelle était inférieur au Solde Assuré de l'assurance-vie, l'assurance-vie demeurera en vigueur pour tous les Assurés sur le montant Initial Assuré réduit du montant de la prestation de mutilation Accidentelle.

Par exemple, si le montant autorisé du Prêt est de 625 000 \$ et que l'Assuré a choisi d'assurer le montant autorisé du Prêt, le Montant Initial Assuré sera de 150 000 \$ pour l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle.

Si, à la date du diagnostic de l'Assuré, le solde du Prêt est de 475 000 \$, la prestation de Mutilation Accidentelle versée à la Banque sera de 37 500 \$. Suite au versement de cette prestation, l'assurance-vie et l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle demeureront en vigueur pour tous les Assurés, sur le Montant Initial Assuré réduit du montant de la prestation.

montant autorisé du Prêt :	625 000 \$
Prestation selon le moindre des montants suivants :	
Solde Assuré :	150 000 \$ (prestation maximum)
Solde du Prêt :	475 000 \$ à la date du diagnostic de mutilation Accidentelle
25 % du Solde Assuré :	25 % x 150 000 \$ = 37 500 \$

Prestation de mutilation Accidentelle : 37 500 \$

Solde Assuré de l'assurance-vie : 500 000 \$ - 37 500 \$ = 462 500 \$ suite à la prestation
Solde Assuré de maladies Graves et mutilation Accidentelle : 150 000 \$ - 37 500 \$ = 112 500 \$ suite à la prestation

ARTICLE 13. PRESTATION MAXIMUM

La prestation payable ne pourra en aucun temps excéder le montant maximum prévu pour tous les prêts assurés de même type :

Vie : 500 000 \$ maladies Graves et mutilation Accidentelle : 150 000 \$ Invalidité : 2 000 \$ par mois

Dans le cas où des primes auraient été versées pour une prestation supérieure à la prestation maximum, la différence de prime sera remboursée. La prestation maximum d'Invalidité exclut le remboursement de la prime d'assurance.

ARTICLE 14. MULTIPLES ASSURÉS

Deux (2) Assurés ou plus peuvent être couverts en vertu du 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 2 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt au cours des douze (12) mois précédant la date de l'Événement Assuré et la période maximale des prestations pour l'ensemble des Assurés.

Dans le cas de mutilation Accidentelle simultanée de plus d'un Assuré sans qu'il ne soit possible de déterminer quel Assuré a subi la perte en premier, la prestation la plus élevée sera versée en premier lieu et ainsi de suite sur le solde ainsi réduit, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article « Prestation maximum » du présent certificat.

ARTICLE 15. 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. Les documents requis, accompagnés des pièces justificatives et de toute autre information pertinente, devront être transmis à l'Assureur au plus tard un (1) an à compter de la date de l'Événement Assuré. Si l'Assureur ne reçoit pas les documents et toute l'information utile à l'intérieur de ce délai d'un (1) an, l'Assuré perd son droit aux prestations pour les protections d'assurance Invalidité, maladies Graves et mutilation Accidentelle.

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

ARTICLE 16. RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Concernant l'assurance-vie, l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle, et l'assurance Invalidité :

Aucune prestation n'est payable pour un décès ou une Invalidité ou une maladie Grave ou une mutilation Accidentelle résultant directement ou indirectement :

- **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 sans ordonnance médicale ;
- **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, que l'Assuré soit sain d'esprit ou non ;
- **Conditions préexistantes** : des suites d'une maladie et/ou symptômes ou d'un Accident lorsqu'un décès, une maladie Grave, une mutilation Accidentelle ou une Invalidité survient au cours des douze (12) mois qui suivent la date de prise d'effet de l'assurance et que l'Assuré a, pour cette maladie et/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'une corporation professionnelle de la santé, subi des examens, fait usage de médicaments, été hospitalisé, au cours des douze (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).

Concernant l'assurance Invalidité exclusivement :

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

- **Soins esthétiques** : d'une chirurgie ou des soins esthétiques ;
- **Troubles psychologiques, psychiatriques, fatigue chronique, dépression, anxiété, surmenage 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.

Concernant l'assurance Maladies Graves exclusivement :

Aucune prestation n'est payable pour une maladie Grave résultant directement ou indirectement :

- **Cancer : Période moratoire d'exclusion** : *Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si : Dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance, l'Assuré a :*
 - o *présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou non dans la Police), sans égard à la date du diagnostic ; ou*
 - o *fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou non dans la Police).**L'Assuré doit rapporter cette information à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si l'Assuré ne divulgue pas cette information, l'Assureur a le droit de refuser toute réclamation pour un cancer ou pour toute Maladie Grave causée par un cancer ou par son traitement.*

Aucune prestation n'est payable si la Maladie Grave ne répond pas à tous les critères détaillés dans le présent certificat.

ARTICLE 17. CESSATION DE L'ASSURANCE

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

- **Non-paiement des primes** : un retard de plus de trois (3) mois de versements en remboursement du Prêt et du paiement des primes ;
- **Annulation** : la date à laquelle l'Assuré annule volontairement son assurance si l'Assureur en est avisé par écrit avant cette date, sinon la date de réception de l'avis écrit par l'Assureur ou l'annulation de la Police d'assurance collective ;
- **Fin du Prêt** : la date à laquelle le Prêt est remboursé en totalité, quelle que soit la raison, la fin de la période d'amortissement, la date d'expiration du Prêt 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 que ce Prêt (ou une part du Prêt) est assumé par un autre débiteur non assuré par un certificat d'assurance relatif audit Prêt ;
- **Assumption** : la date à laquelle le Prêt ou une part du Prêt est assumé par un co-assuré ou un autre débiteur ;
- **Âge maximum** : le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans ;
- **Décès** : le décès d'un Assuré, si une prestation d'assurance-vie remboursant le Solde 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 Solde Assuré pour l'assurance-vie est payable à son égard ;
- **Concernant l'assurance Invalidité et l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle** : la date à laquelle la garantie d'assurance-vie prend fin.

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

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Toutefois, l'Assureur ou son réassureur peut en communiquer un résumé au Bureau des renseignements médicaux (mIB Inc.), 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 Bureau lui fournira, sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers.

Le Bureau vous transmettra sur demande tous renseignements qu'il possède à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements consignés au Bureau, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant au Bureau de renseignements médicaux (mIB Inc.), 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Téléphone : 416 597-0590.

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.

ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

Tout dossier sera conservé au bureau de l'Assureur ou de l'un de ses agents. Chaque personne en droit de le faire (vous ou toute personne autorisée) pourra accéder à ses propres renseignements personnels contenus dans ce dossier et pourra, au besoin, demander qu'ils soient corrigés en écrivant à : Assurance-vie Banque Nationale, Officier d'accès aux renseignements personnels, 1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, montréal (Québec) H3B 2G7.

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

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.