

ASSURANCE PAIEMENT CARTE DE CRÉDIT – Plan Distinction

Certificat d'assurance

Police d'assurance collective MCAPD-19

COORDONNÉES DE L'ASSUREUR

Pour toute question en lien avec l'Assurance paiement carte de crédit — Plan Distinction, n'hésitez pas à communiquer avec nous :

Par téléphone

De Montréal : 514 871-7500

Sans frais : 1 877 871-7500

Par la poste

Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie

800, rue Saint-Jacques, bureau 16701

Montréal (Québec) H3C 1A3

<u>1. AVANT DE COMMENCER</u>	4
1.1 VOICI 6 RÈGLES À CONNAÎTRE POUR FACILITER VOTRE LECTURE	4
1.2 VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE CONTIENT 2 DOCUMENTS	4
1.3 L'ASSURANCE EST FACULTATIVE	4
1.4 VOUS NE POUVEZ PAS DÉSIGNER DE BÉNÉFICIAIRE	5
1.5 L'ASSUREUR PEUT MODIFIER OU METTRE FIN À L'ASSURANCE	5
<u>2. CONDITIONS À REMPLIR POUR ÊTRE ASSURÉ</u>	5
2.1 VOUS DEVEZ RÉPONDRE À DES CRITÈRES PRÉCIS (CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ)	5
<u>3. L'ASSURANCE PAIEMENT CARTE DE CRÉDIT — PLAN DISTINCTION VOUS OFFRE 6 PROTECTIONS</u>	5
<u>4. DURÉE DE L'ASSURANCE</u>	5
4.1 DÉBUT (ENTRÉE EN VIGUEUR)	5
4.2 FIN	5
4.3 TRANSFERT DE CARTE OU SURCLASSEMENT	6
<u>5. VOTRE PRIME EST PRÉLEVÉE DIRECTEMENT DE VOTRE COMPTE DE CARTE DE CRÉDIT CHAQUE MOIS</u>	6
<u>6. RENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUES À CHAQUE PROTECTION</u>	6
6.1 ASSURANCE VIE	7
MISE EN GARDE – EXCLUSION SPÉCIFIQUE À L'ASSURANCE VIE EN CAS DE SUICIDE AU COURS DES 2 ANNÉES SUIVANT LE DÉBUT DE L'ASSURANCE	7
6.2 ASSURANCE MALADIES GRAVES	7
6.2.1 CE QUE NOUS ENTENDONS PAR CANCER (METTANT LA VIE EN DANGER)	7
MISE EN GARDE – EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AU CANCER	8
6.2.2 CE QUE NOUS ENTENDONS PAR CRISE CARDIAQUE	8
MISE EN GARDE – EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA CRISE CARDIAQUE	9
6.2.3 CE QUE NOUS ENTENDONS PAR ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	9
MISE EN GARDE – EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	9
6.3 ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE	9
6.4 ASSURANCE DÉCÈS ACCIDENTEL	10
6.5 ASSURANCE INVALIDITÉ	10
6.5.1 NOUS ARRÊTONS DE VERSER DES PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ DANS CERTAINES SITUATIONS	11
6.5.2 NOUS POUVONS RECOMMENCER LE PAIEMENT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE INVALIDITÉ SI VOUS ÊTES À NOUVEAU INVALIDE (RÉCIDIVE DE VOTRE INVALIDITÉ)	11
MISE EN GARDE – EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À L'INVALIDITÉ	12
6.6 ASSURANCE PERTE INVOLONTAIRE D'EMPLOI	12
6.6.1 NOUS ARRÊTONS DE VERSER DES PRESTATIONS D'ASSURANCE PERTE INVOLONTAIRE D'EMPLOI DANS CERTAINES SITUATIONS	12
MISE EN GARDE – EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA PERTE INVOLONTAIRE D'EMPLOI	12

6.7 SUPPLÉMENT POUR ÉVÉNEMENT DE VIE	13
MISE EN GARDE – EXCLUSION SPÉCIFIQUE AUX ÉVÉNEMENTS DE VIE	13

7. MONTANT QUE NOUS PAYONS ET MONTANT MAXIMUM POUR CHAQUE PROTECTION **13**

7.1 ASSURANCE VIE	13
7.2 ASSURANCE MALADIES GRAVES	13
7.3 ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE	14
7.4 ASSURANCE DÉCÈS ACCIDENTEL	14
7.5 ASSURANCE INVALIDITÉ	14
7.6 ASSURANCE PERTE INVOLONTAIRE D'EMPLOI	14
7.7 ÉVÉNEMENTS DE VIE	15

8. EXCLUSIONS GÉNÉRALES **15**

MISE EN GARDE — EXCLUSIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIE, L'ASSURANCE DÉCÈS ACCIDENTEL, L'ASSURANCE MALADIES GRAVES, L'ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE ET L'ASSURANCE INVALIDITÉ	15
---	-----------

9. COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION ET QUE SE PASSE-T-IL ENSUITE ? **16**

9.1 NOUS TRAITONS ET PAYONS LA PRESTATION À LA BANQUE NATIONALE DANS LES 30 JOURS	16
9.2 NOUS NE PAYONS AUCUNE PRESTATION EN DOUBLE	16
9.3 VOICI CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE SI VOUS ÊTES EN DÉSACCORD AVEC NOTRE DÉCISION LORS D'UNE RÉCLAMATION	16

10. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES **17**

10.1 VOUS OU LA BANQUE POUVEZ OBTENIR UNE COPIE DES DOCUMENTS QUI COMPOSENT VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE	17
10.2 AUCUNE PARTICIPATION AUX SURPLUS OU BÉNÉFICES	17
10.3 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE	17
10.4 PRESCRIPTION DES ACTIONS — PARTICULARITÉS SELON VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE	17

11. LA CONFIDENTIALITÉ DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EST IMPORTANTE POUR NOUS **18**

12. RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS (QUÉBEC SEULEMENT) **18**

Qui nous sommes

Nous sommes Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, une filiale de la Banque Nationale du Canada. Nous sommes des gens chaleureux, passionnés et désireux de vous aider.

Ce que nous faisons

Nous créons des produits d'assurance adaptés aux cartes de crédit offertes par la Banque Nationale et, surtout, qui correspondent à vos besoins de protection.

Pourquoi nous le faisons

Pour vous ! Pour que vous puissiez profiter de la vie en toute tranquillité, en sachant que nous pourrions vous aider si un événement fâcheux survenait.

1. Avant de commencer

1.1 Voici 6 règles à connaître pour faciliter votre lecture

- > « Nous », « notre », « nos » désignent l'assureur : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'Assurance-vie.
- > « Vous », « votre », « vos » désignent l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a adhéré à l'Assurance paiement carte de crédit — Plan Distinction, qui répond aux critères d'admissibilité et qui a reçu une copie de ce certificat.
- > Nous assurons exclusivement les cartes de crédit octroyées par la Banque Nationale du Canada. C'est donc à cette dernière que nous faisons référence lorsque nous écrivons « la Banque » ou « Banque Nationale ».
- > Dans le présent certificat, lorsque vous voyez le mot « carte », cela fait référence à votre carte de crédit émise par la Banque Nationale.
- > Pour alléger le texte, le masculin comprend le féminin, le pluriel comprend le singulier, et inversement.
- > Les mots dont la définition est inscrite dans un encadré ont le même sens dans tout le certificat.

1.2 Votre contrat d'assurance contient 2 documents

- > Votre exemplaire de la demande d'adhésion à l'Assurance paiement carte de crédit : il s'agit du formulaire que vous avez rempli et signé pour adhérer à l'assurance, peu importe le moyen utilisé pour le faire — signature à la main ou signature électronique.
- > Votre certificat d'assurance, pour connaître les détails de vos protections, vos droits et vos obligations.

Deux documents à conserver en lieu sûr pour pouvoir les consulter en cas de besoin. Lorsque vous adhérez par téléphone, votre signature vocale est conservée à nos bureaux.

Note : le sommaire vous donne aussi de précieux renseignements sur votre assurance.

1.3 L'assurance est facultative

Vous n'êtes pas obligé d'adhérer à l'Assurance paiement carte de crédit.

- > Si vous décidez de le faire, vous avez ensuite le droit de mettre fin à l'assurance en tout temps.
Pour mettre fin à votre assurance, communiquez avec un représentant de notre service à la clientèle au 1 877 871-7500 pendant les heures normales de bureau. Vous pouvez aussi nous écrire à l'adresse indiquée à la première page.
- > Si vous mettez fin à votre assurance dans les 30 jours qui suivent son entrée en vigueur, nous vous

remboursons les primes versées, s'il y a lieu. L'assurance est alors considérée comme n'ayant jamais été en vigueur.

1.4 Vous ne pouvez pas désigner de bénéficiaire

Toute prestation que nous payons est versée à la Banque pour être appliquée en totalité au solde de votre carte de crédit.

1.5 L'assureur peut modifier ou mettre fin à l'assurance

Nous pouvons modifier ou mettre fin à l'assurance en tout temps après son entrée en vigueur. Nous vous aviserons par écrit 30 jours avant toute modification ou annulation.

2. Conditions à remplir pour être assuré

2.1 Vous devez répondre à des critères précis (conditions d'admissibilité)

Au moment d'adhérer à l'assurance, vous devez :

- > être le titulaire principal d'une carte de crédit émise par la Banque Nationale. La carte doit être valide et le compte doit être en règle, c'est-à-dire respecter les conditions de votre convention de carte de crédit ;
- > être âgé de 18 à 64 ans inclusivement, et
- > être domicilié au Canada.

3. L'Assurance paiement carte de crédit — Plan Distinction vous offre 6 protections

- > Assurance vie
- > Assurance mutilation accidentelle
- > Assurance maladies graves (cancer, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral [AVC])
- > Assurance décès accidentel
- > Assurance invalidité
- > Assurance perte involontaire d'emploi

En supplément, nous vous offrons un montant forfaitaire pour souligner certains événements heureux de votre vie. Vous trouverez les détails à l'article 7.7.

4. Durée de l'assurance

4.1 Début (entrée en vigueur)

L'assurance débute le premier jour du mois qui suit votre adhésion.

4.2 Fin

Elle se termine dès que l'un des événements suivants survient :

- > **Âge maximum** : le dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de :
 - 65 ans pour l'assurance perte involontaire d'emploi
 - 71 ans pour l'assurance maladies graves, l'assurance mutilation accidentelle, l'assurance invalidité et le montant forfaitaire pour événements de vie ;
 - 80 ans pour l'assurance-vie. Après cette date, vous serez toujours assuré en cas de décès accidentel.
- > **Annulation** : le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous mettez fin volontairement à votre assurance en nous avisant par téléphone au 1 877 871-7500 ou par écrit ; ou la terminaison du contrat d'assurance par l'assureur.
- > **Compte n'est plus en règle** : la date à laquelle le compte de carte de crédit n'est plus en règle. Votre compte est en règle lorsque vous respectez les conditions de votre convention de carte de crédit.
- > **Compte fermé** : date à laquelle le compte est annulé ou fermé par vous ou par la Banque.

- > **Décès** : lorsque vous décédez.
- > **Carte n'est plus valide** : la date à laquelle vous cessez de détenir une carte de crédit valide auprès de la Banque. Une carte de crédit est valide lorsqu'elle a été activée et que la date d'expiration n'est pas atteinte.
- > **Concernant l'assurance maladies graves** : le versement d'une prestation de maladies graves met fin à votre protection d'assurance maladies graves.

4.3 Transfert de carte

Si la Banque modifie le numéro de votre carte de crédit, pour quelque raison que ce soit, nous transférons automatiquement votre assurance au nouveau numéro de carte dès que nous recevons un avis de la Banque à ce sujet.

5. Votre prime est prélevée directement de votre compte de carte de crédit chaque mois

La prime d'Assurance paiement carte de crédit — Plan Distinction est calculée le jour de l'impression de votre relevé mensuel de carte de crédit.

Le taux de prime est de 1,20 \$ par tranche de 100 \$ du solde à rembourser à la date d'impression de votre relevé, plus les taxes applicables.

Lorsque vous atteignez 71 ans, la prime mensuelle est réduite à 0,69 \$ par tranche de 100 \$ du solde à rembourser à la date du relevé, plus les taxes applicables.

Nous nous réservons le droit de modifier le taux de prime en tout temps. Si cette situation survient, le nouveau taux s'appliquera à l'ensemble des assurés et nous vous en aviserons dans les délais réglementaires prévus.

Les taux de taxes sont disponibles sur bnc.ca.

6. Renseignements spécifiques à chaque protection



Avant d'aller plus loin, nous vous invitons à prendre connaissance des définitions suivantes. Il s'agit de mots que vous croiserez souvent à divers endroits dans ce certificat, incluant dans les exclusions. **Il est important que vous en connaissiez le sens.**

Dans ce certificat, on entend par :

Accident : un événement qui provient exclusivement de causes extérieures au corps. Il survient de façon violente, soudaine et involontaire et cause des dommages corporels. Un médecin doit établir que c'est bien l'accident qui est à l'origine des dommages corporels, et non une maladie ou une autre cause.

Maladie : une détérioration de la santé qui nécessite 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.

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. Sa 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.

6.1 Assurance vie

La protection d'assurance vie couvre les décès de cause naturelle comme la maladie ou la vieillesse.

MISE EN GARDE – EXCLUSION spécifique à l'assurance vie en cas de suicide au cours des 2 années suivant le début de l'assurance

Aucune prestation n'est payable si votre décès est causé par un suicide dans les 2 premières années suivant le début de l'assurance ou est directement ou indirectement relié à des blessures que vous vous êtes volontairement infligées, quelle que soit votre condition mentale à ce moment.

6.2 Assurance maladies graves

La protection maladies graves couvre le diagnostic de cancer, de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral (AVC).

ATTENTION

La maladie grave diagnostiquée doit correspondre à la définition présentée ci-dessous.

6.2.1 Ce que nous entendons par cancer (mettant la vie en danger)

Pour être couvert par ce certificat, le cancer diagnostiqué doit représenter un danger pour votre vie et répondre à la définition suivante : 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 (voir la définition de spécialiste au début de la section 6).

Cette définition ne comprend pas les cancers suivants :

- > carcinome in situ
- > 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)
- > tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases
- > cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

MISE EN GARDE – EXCLUSIONS spécifiques au cancer

Nous ne payons aucune prestation pour un cancer si, dans les 90 jours suivant le début de l'assurance, vous avez :

- > **présenté des signes ou des symptômes, ou vous êtes 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**
- > **reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non par le certificat d'assurance).**

De plus, nous ne payons aucune prestation 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 T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;**
- > **cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;**
- > **leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification Rai ;**
- > **tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).**

Les définitions des termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » indiquées dans le manuel de stadification du cancer (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.

Consultez l'article 8 pour connaître les autres exclusions relatives à l'assurance maladies graves.

6.2.2 Ce que nous entendons par crise cardiaque

Pour être couverte par ce certificat, la crise cardiaque doit répondre à la définition suivante : diagnostic formel d'une crise cardiaque résultant en la mort d'une partie du muscle cardiaque à la suite d'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 (voir la définition de spécialiste au début de la section 6).

MISE EN GARDE – EXCLUSIONS spécifiques à la crise cardiaque

Nous ne payons aucune prestation 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.**

Consultez l'article 8 pour connaître les autres exclusions relatives à l'assurance maladies graves.

6.2.3 Ce que nous entendons par accident vasculaire cérébral

Pour être couvert par ce certificat, l'accident vasculaire cérébral doit répondre à la définition suivante : diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :

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

persistant de façon continue pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.

Le diagnostic d'AVC doit être posé par un spécialiste (voir la définition de spécialiste au début de la section 6).

Aux fins du certificat, les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement.

Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

MISE EN GARDE – EXCLUSIONS spécifiques à l'accident vasculaire cérébral

Nous ne payons aucune prestation dans les cas suivants :

- > **accident ischémique transitoire ;**
- > **accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ;**
- > **troubles ischémiques du système vestibulaire ;**
- > **mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause, ou**
- > **infarctus lacunaire qui n'est pas conforme aux critères d'accident vasculaire cérébral prévus ci-dessus.**

Consultez l'article 8 pour connaître les autres exclusions relatives à l'assurance maladies graves.

6.3 Assurance mutilation accidentelle

La mutilation accidentelle signifie perdre un membre ou l'usage d'un membre, ou perdre un œil ou la vision d'un œil **à la suite d'un accident survenu alors que l'assurance est en vigueur**, indépendamment de toute maladie ou autre cause (voir la définition de spécialiste au début de la section 6).

Par « perte d'un membre », nous entendons :

- > l'amputation totale au niveau ou au-dessus du poignet ou la perte de l'usage d'une main ou d'un bras,
- > l'amputation totale au niveau ou au-dessus de la cheville ou la perte de l'usage d'un pied ou d'une jambe,
- > la perte totale et irrémédiable de la vue d'un œil.

Par « perte de l'usage d'un membre », nous entendons la perte totale et irrémédiable de l'usage du membre concerné, pourvu que la perte soit continue pendant 12 mois consécutifs et qu'elle soit considérée permanente.

L'accident à l'origine de la mutilation doit survenir alors que l'assurance est en vigueur. La perte ou la perte d'usage du membre doit survenir dans les 365 jours suivant l'accident.

Le diagnostic de perte ou de perte d'usage d'un membre ou d'un œil doit être posé par un spécialiste (voir la définition de spécialiste au début de la section 6).

Vous retrouverez les exclusions relatives à la mutilation accidentelle à l'article 8.

6.4 Assurance décès accidentel

Pour être considéré « accidentel », un décès doit :

- > être causé par des blessures subies lors d'un accident, et
- > survenir dans les 365 jours suivants l'accident en question.

L'accident à l'origine des blessures doit survenir alors que l'assurance est en vigueur.

Vous retrouverez les exclusions relatives au décès accidentel à l'article 8.

6.5 Assurance invalidité

« Être invalide » ou « en invalidité » signifie que vous êtes incapable d'occuper les tâches habituelles de votre emploi pour des raisons médicales. Si vous êtes sans emploi, vous êtes invalide lorsque votre état de santé physique ou psychologique vous empêche de pratiquer les activités normales d'une personne de votre âge.

L'invalidité doit :

- > être constatée par un médecin qui pratique 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.

(Voir la définition de spécialiste au début de la section 6).

À SAVOIR

- > Votre invalidité doit durer au moins 30 jours consécutifs pour pouvoir recevoir une prestation. Il s'agit du délai de carence. Cependant, lorsque nous accordons des prestations, nous remboursons les prestations dues pour cette période.
À noter : une tentative de retour au travail d'une journée ou moins pendant ces 30 jours n'entraîne pas un nouveau délai de carence.
 - > Pendant votre invalidité, vous ne devez vous livrer à aucune activité pour laquelle vous recevez une compensation financière, aussi petite soit-elle. Sinon, nous refuserons votre réclamation ou mettrons fin aux prestations. Si nous payons des prestations en trop, vous devez les rembourser.
 - > Vous devez continuer à effectuer les paiements sur votre carte de crédit (au moins le paiement minimum) en tout temps pendant la durée de votre réclamation.
-

6.5.1 Nous arrêtons de verser des prestations d'assurance invalidité dans certaines situations

Les prestations cessent au premier des événements suivants :

- > **Activités avec compensation financière** : dès que vous vous livrez à une activité pour laquelle vous recevez une compensation financière, sauf s'il s'agit d'une tentative de retour au travail d'une journée pendant le délai de carence.
- > **Âge maximal** : le dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez 71 ans.
- > **Fin de l'invalidité** : à la date à laquelle vous n'êtes plus invalide, selon la définition présentée dans ce certificat.
- > **Montant maximum atteint** : lorsque le total des prestations que nous avons payées atteint le maximum payable pour la protection.
- > **Preuves non soumises** : si vous êtes en défaut de présenter les pièces justificatives que nous demandons dans un délai raisonnable (au maximum 1 an à partir du début de l'invalidité ou de notre dernière communication, selon le cas), que ce soit en cours d'invalidité ou au début, ou que vous refusez de vous soumettre à un examen médical ou à une évaluation par un consultant en réhabilitation tel que nous l'avons demandé.
- > **Retour au travail** : à la date à laquelle vous retournez au travail à temps partiel, à temps plein ou de façon progressive, ou que vous obtenez une assignation temporaire, que ce soit pour occuper les tâches normales de votre emploi ou tout autre emploi, incluant des travaux légers, sauf s'il s'agit d'une tentative de retour au travail d'une journée pendant le délai de carence.
- > **Votre compte n'est plus en règle** : la date à laquelle votre compte n'est plus en règle. Votre compte est en règle lorsque vous respectez les conditions de votre convention de carte de crédit.
- > **Votre carte n'est plus valide** : la date à laquelle vous cessez de détenir une carte de crédit valide. Une carte de crédit est valide lorsqu'elle a été activée et que la date d'expiration n'est pas atteinte.
- > **Décès** : lorsque vous décédez, qu'une prestation d'assurance vie soit payable ou non.

6.5.2 Nous pouvons recommencer le paiement des prestations d'assurance invalidité si vous êtes à nouveau invalide (récidive de votre invalidité)

Nous reprenons le versement des prestations d'assurance invalidité lorsque les 3 conditions suivantes sont remplies :

1. La récurrence de l'invalidité doit survenir dans les 180 jours qui suivent votre retour au travail ou aux activités normales d'une personne de votre âge ;
2. Cette récurrence de l'invalidité doit être attribuable à la même cause ; et
3. Vous devez être en arrêt de travail pour au moins 7 jours consécutifs.

De plus, vous devez nous fournir des preuves de la récurrence d'invalidité (par exemple, un formulaire complété par votre médecin traitant). Les demandes de réclamation pour une récurrence d'invalidité sont soumises au même traitement que les nouvelles demandes.

Si toutes les conditions ne sont pas remplies, nous considérons votre condition comme une nouvelle invalidité et votre demande sera soumise au délai de carence de 30 jours.

MISE EN GARDE – EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES à l'invalidité

Nous ne payons aucune prestation pour une invalidité qui résulte directement ou indirectement des conditions suivantes :

- > **Alcoolisme ou toxicomanie : sauf si ces conditions sont traitées en cure fermée.**
- > **Grossesse : d'une grossesse normale.**
- > **Mal de dos : d'un mal de dos (dorsalgie), d'un mal de cou (cervicalgie), ou d'un mal dans le bas du dos (lombalgie) dont l'existence est fondée uniquement sur la présence de douleur que vous ressentez et dont on ne peut pas établir une cause objective, autre que celle d'une arthrose normale compte tenu de votre âge.**
- > **Soins esthétiques : d'une chirurgie ou de soins esthétiques.**

Consultez l'article 8 pour connaître les autres exclusions relatives à l'assurance invalidité.

6.6 Assurance perte involontaire d'emploi

Une perte involontaire d'emploi est une interruption d'emploi par l'employeur. La perte involontaire d'emploi doit résulter :

- > d'un licenciement individuel ou de masse, ou
- > d'une mise à pied temporaire individuelle ou de masse.

Elle ne doit pas résulter d'une action délibérée ou d'un manque d'action de votre part.

À SAVOIR

- > La date de la perte involontaire d'emploi est la date indiquée sur la cessation d'emploi.
 - > Votre perte involontaire d'emploi doit durer au moins 30 jours consécutifs pour pouvoir recevoir une prestation. Il s'agit du délai de carence. Cependant, lorsque nous accordons des prestations, nous remboursons les prestations dues pour cette période.
 - > Pendant votre perte involontaire d'emploi, vous ne devez vous livrer à aucune activité pour laquelle vous recevez une compensation financière, aussi petite soit-elle, sinon nous refuserons votre réclamation ou mettrons fin aux prestations. Si nous payons des prestations en trop, vous devez les rembourser.
 - > Vous devez continuer à effectuer les paiements sur votre carte de crédit (au moins le paiement minimum) en tout temps pendant la durée de votre réclamation.
-

6.6.1 Nous arrêtons de verser des prestations d'assurance perte involontaire d'emploi dans certaines situations

Ces situations s'appliquent également à l'assurance invalidité et sont décrites à l'article 6.5.1.

MISE EN GARDE – EXCLUSIONS spécifiques à la perte involontaire d'emploi

Nous ne payons aucune prestation mensuelle si la perte involontaire d'emploi est attribuable, directement ou indirectement, à l'une des raisons suivantes :

- > vous perdez votre emploi dans les 30 jours qui suivent l'adhésion à l'assurance,
- > vous étiez au courant de votre perte d'emploi à venir lorsque vous avez adhéré à l'assurance,
- > votre emploi était temporaire, contractuel, à temps partiel (moins de 30 heures travaillées par semaine) ou saisonnier,
- > vous êtes travailleur autonome,
- > un départ volontaire,
- > un congédiement,
- > un départ à la retraite,
- > une grossesse ou un état pathologique connexe,
- > une grève ou un lock-out
- > une fraude ou une infraction à la loi.

6.7 Supplément pour événement de vie

Nous sommes heureux de souligner avec vous les événements de vie suivants :

- > l'obtention d'un diplôme postsecondaire, d'une certification ou d'une désignation professionnelle ou son équivalent reconnu dans votre province de résidence
- > votre mariage
- > l'achat d'une résidence principale
- > la naissance ou l'adoption d'un enfant
- > le paiement de votre dernier versement hypothécaire
- > votre départ à la retraite (une seule occasion à vie)

L'événement de vie couvert doit survenir alors que l'assurance est en vigueur.

Le montant forfaitaire de 100 \$ sera versé à votre compte une fois que nous aurons reçu les documents justificatifs que nous jugerons satisfaisants.

MISE EN GARDE – EXCLUSION SPÉCIFIQUE aux événements de vie

Nous ne payons aucune prestation pour un événement de vie qui survient dans les 30 jours suivant le début de l'assurance. Voir l'article 4.1.

7. Montant que nous payons et montant maximum pour chaque protection

Nous payons une prestation lorsque l'assurance est en vigueur au moment où le décès, le décès accidentel, le diagnostic de maladie grave, le diagnostic de mutilation accidentelle, l'invalidité, la perte involontaire d'emploi ou l'événement de vie survient.

Dans ce certificat, « le solde à rembourser de votre carte, calculé la veille de l'événement » signifie le solde qui apparaît au dernier relevé mensuel produit avant le décès, le décès accidentel, le diagnostic de maladie grave, le diagnostic de mutilation accidentelle, l'invalidité, la perte involontaire d'emploi ou l'événement de vie **PLUS** toutes les transactions effectuées entre la date de production du relevé et la veille du jour où l'un des événements cités survient.

Par exemple :

Date de production du relevé : 13 juin

Date du décès : 4 juillet

Solde inscrit sur le relevé : 1 265 \$

Total des transactions effectuées entre le 13 juin et le 3 juillet : 400 \$

Solde à rembourser sur la carte, calculé la veille de l'événement : 1 665 \$

Montant que nous payons en assurance vie : 1 665 \$

7.1 Assurance vie

Lors d'un décès, nous payons le solde à rembourser de votre carte, calculé la veille de l'événement.

Montant maximum que nous payons

Jusqu'à 25 000 \$, si le décès survient alors que vous êtes âgé de 70 ans et moins.

Jusqu'à 10 000 \$ si le décès survient alors que vous êtes âgé de 71 à 80 ans.

7.2 Assurance maladies graves

Lors d'un diagnostic de cancer, crise cardiaque ou AVC, nous payons le solde à rembourser de votre carte, calculé la veille du diagnostic. Les transactions en cours de traitement à cette date sont incluses, en autant qu'elles aient été effectuées au plus tard la veille de l'événement.

Montant maximum de que nous payons

Jusqu'à 25 000 \$

ATTENTION

Nous payons la prestation d'assurance maladies graves lorsque vous survivez plus de 30 jours après la date du diagnostic.

Une seule prestation est payable pour cette protection.

7.3 Assurance mutilation accidentelle

Lors d'un diagnostic de mutilation accidentelle, nous payons le solde à rembourser de votre carte, calculé la veille de l'événement. Les transactions en cours de traitement à cette date sont incluses, en autant qu'elles aient été effectuées au plus tard la veille de l'événement.

Montant maximum de que nous payons

Jusqu'à 25 000 \$

7.4 Assurance décès accidentel

Lorsqu'un décès accidentel survient, nous payons :

- > 2 fois* le solde à rembourser de votre carte, calculé la veille de l'événement si le décès accidentel survient alors que vous êtes âgé de 70 et moins, ou
- > le solde à rembourser de la carte de crédit calculé la veille de l'événement si le décès accidentel survient alors que vous êtes âgé de 71 ans et plus.

*ATTENTION : Si le montant à payer est supérieur à la limite autorisée, nous payons la limite autorisée.

Montant maximum que nous payons

- > 70 ans et moins, le moindre des montant suivants :
 - la limite autorisée de la carte de crédit, ou
 - 50 000 \$
- > 71 ans et plus, le moindre des montant suivants :
 - la limite autorisée de la carte de crédit, ou
 - 10 000 \$

7.5 Assurance invalidité

Lors d'une invalidité, nous payons à chaque mois le plus élevé des montants suivants :

- > 20 % du solde à rembourser de votre carte, calculé la veille de l'événement, ou
- > 10 \$

Montant maximum que nous payons

Le total des montants que nous payons chaque mois pendant votre invalidité ne doit pas excéder le moins élevé des montants suivants :

- > le solde à rembourser de votre carte, calculé la veille de l'événement, ou
- > 25 000 \$

7.6 Assurance perte involontaire d'emploi

Lors d'une perte involontaire d'emploi, nous payons à chaque mois le plus élevé des montants suivants :

- > 20 % du solde à rembourser de votre carte, calculé la veille de l'événement, ou
- > 10 \$

Montant maximum que nous payons

Le total des montants que nous payons chaque mois pendant votre perte involontaire d'emploi ne doit pas excéder le moins élevé des montants suivants :

- > le solde à rembourser de votre carte, calculé la veille de l'événement, ou
- > 25 000 \$

7.7 Événements de vie

Si un des événements de vie couverts survient, nous payons un montant forfaitaire de 100 \$.

Montant maximum que nous payons

Nous payons pour un seul événement de vie par année civile.

8. Exclusions générales

Les exclusions spécifiques à chacune des protections se retrouvent aux sections 6.1, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.5.2, 6.6.1, 6,7

MISE EN GARDE — EXCLUSIONS RELATIVES à l'assurance vie, l'assurance décès accidentel, l'assurance maladies graves, l'assurance mutilation accidentelle et l'assurance invalidité

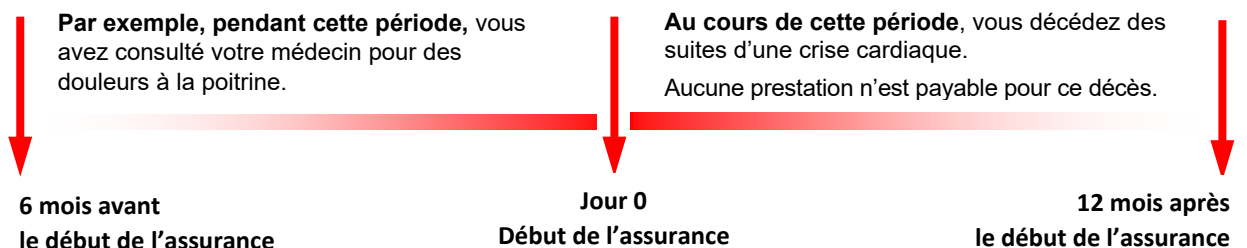
Conditions préexistantes

Nous ne payons aucune prestation si le décès, la maladie grave, la mutilation accidentelle ou l'invalidité survient au cours des 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, et que vous avez montré des signes ou ressenti des symptômes, contracté une maladie, subi une blessure ou souffert de toute autre cause connexe et que vous avez, pour cela :

- > 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 ou été référé pour une consultation ou un traitement,
- > subi un examen ou été référé pour un examen,
- > fait usage de médicaments ou vous êtes fait prescrire de la médication, ou
- > été hospitalisé,

au cours des 6 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, qu'il y ait un lien direct ou indirect entre cette condition ou maladie préexistante et le décès, la maladie grave, la mutilation accidentelle ou l'invalidité.

Exemple graphique de la clause des conditions préexistantes



Autres exclusions

De plus, nous ne payons aucune prestation lorsque le décès, la maladie grave, la mutilation accidentelle ou l'invalidité survient dans une des circonstances qui suivent ou y est lié, directement ou indirectement :

- > Acte criminel : lorsque vous participez à un acte criminel ou tentez de commettre un tel acte.
- > Circulation aérienne : lorsque vous participez activement à un vol dans tout appareil capable de s'élever et de circuler dans les airs tel que, mais ne se limitant pas à : un avion, un hélicoptère, un deltaplane ou une montgolfière, que ce soit à titre de pilote, membre d'équipage, instructeur ou étudiant.
- > Émeute : alors que vous participez activement à une agitation populaire, une émeute ou une insurrection.
- > Guerre : lors d'une guerre ou de tout acte de guerre, que vous y ayez participé ou non, sauf si vous agissiez à titre de membre des Forces canadiennes ou de la réserve des Forces canadiennes.

- > Stupéfiants : si vous utilisez des narcotiques ou d'autres médicaments et dépassez la posologie recommandée par un médecin ou utilisez des stupéfiants sans ordonnance médicale.
- > Tentative de suicide ou d'une automutilation volontaire : si vous commettez une tentative de suicide ou vous vous infligez une blessure volontaire, peu importe votre condition mentale à ce moment.
- > Terrorisme : lorsque vous commettez ou tentez de commettre un acte de terrorisme.

9. Comment faire une réclamation et que se passe-t-il ensuite ?

Vous devez nous aviser rapidement si vous recevez un diagnostic d'invalidité, de maladie grave de mutilation accidentelle ou si vous perdez votre emploi. Si vous décédez, c'est votre succession qui devra communiquer avec nous.

Nous vous ferons parvenir des formulaires à remplir pour faire votre réclamation. Vous devrez nous les retourner, accompagnés des pièces justificatives requises, s'il y a lieu, dans les délais suivants :

Délais pour présenter les documents de réclamation et les pièces justificatives

Assurance vie, décès accidentel	Aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.
Assurance maladies graves, mutilation accidentelle, invalidité ou événement de vie	1 an à partir du diagnostic de maladie grave, de mutilation accidentelle, du début de l'invalidité ou de l'événement de vie. Si vous dépassez ce délai, vous perdez votre droit à recevoir des prestations.
Assurance perte involontaire d'emploi	Idéalement, dans les 90 jours qui suivent l'événement. Sinon, aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Pour la procédure à suivre, communiquez avec notre service à la clientèle au 1 877 871-7500. Vous pouvez également consulter notre site assurances-bnc.ca > **reclamations**.

9.1 Nous traitons et payons la prestation à la Banque Nationale dans les 30 jours

Nous traitons votre demande dans les 30 jours après avoir reçu les formulaires remplis et les pièces justificatives demandées.

Si toutes les conditions du certificat sont respectées et que nous acceptons votre réclamation, nous verserons la prestation à la Banque dans ce même délai de 30 jours.

9.2 Nous ne payons aucune prestation en double

Les montants que nous payons ne peuvent inclure un montant déjà payé.

De plus, si vous subissez un événement pour lequel plusieurs protections pourraient s'appliquer, nous limiterons le montant que nous payons à la plus généreuse des prestations pour vous. Vous n'aurez donc droit qu'à une seule prestation.

9.3 Voici ce que vous pouvez faire si vous êtes en désaccord avec notre décision lors d'une réclamation

Pour contester une décision que nous avons prise dans le cadre de votre demande de réclamation, vous devez communiquer avec nous. Vous pouvez aussi faire parvenir tout document qui pourrait justifier une révision de notre décision.

Si nous n'avons pas répondu à votre plainte, ou si vous n'êtes toujours pas satisfait et souhaitez poursuivre

vosre démarche, vous pouvez à votre choix et de façon concurrente :

- > demander une révision de votre dossier ; ou
- > consulter votre conseiller juridique ; ou
- > avoir recours à l'un des organismes suivants :

Résidents du Québec

Veillez vous adresser à l'Autorité des marchés financiers (AMF).

Vous trouverez les coordonnées de l'AMF dans la section Référence à l'Autorité des marchés financiers ci-dessous.

Résidents des autres provinces

Veillez vous adresser à :

Ombudsman des assurances de personnes (OAP)

1 888 295-8112 (Partout au Canada),

416 777-9002 (à Toronto)

Site internet : oapcanada.ca

10. Renseignements supplémentaires

10.1 Vous ou la Banque pouvez obtenir une copie des documents qui composent votre dossier d'assurance

Sur demande, vous ou la Banque pouvez obtenir une copie de la police cadre, du certificat, de la proposition d'assurance ainsi que de toute déclaration ou document transmis à titre de preuve d'assurabilité. Communiquez avec notre service à la clientèle. Un de nos représentants se fera un plaisir de vous assister.

10.2 Aucune participation aux surplus ou bénéfices

La présente assurance ne vous donne droit à aucune participation dans la distribution des surplus ou des profits que nous pouvons déclarer.

10.3 Désignation de bénéficiaire

La présente assurance contient des dispositions ayant pour effet de priver la personne couverte par l'assurance vie de son droit de désigner les personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles les montants assurés doivent être versés ou de restreindre ce droit.

10.4 Prescription des actions — Particularités selon votre province de résidence

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 Nouveau-Brunswick

Nulle action ou procédure en recouvrement d'un règlement aux termes du présent contrat ne peut être engagée contre l'assureur plus d'un an après la date à laquelle les sommes assurées sont devenues payables ou seraient devenues payables si la demande de règlement avait été valide.

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.

11. La confidentialité de vos renseignements personnels est importante pour nous

Accès aux renseignements personnels

Assurance-vie Banque Nationale a mis en place une série de mesures afin de préserver la confidentialité de vos renseignements personnels.

Nous avons constitué un dossier d'assurance dans lequel sont inclus tous les renseignements personnels obtenus dans le cadre de votre demande d'assurance et de toute réclamation faite en vertu de cette assurance. Seuls les employés ou agents responsables de la souscription, de l'administration, des enquêtes et des réclamations ou le réassureur, le cas échéant, ont accès à ce dossier. Tous les dossiers sont conservés à nos bureaux.

Chaque personne en droit de le faire (vous ou toute personne autorisée) peut accéder à ses propres renseignements personnels contenus dans ce dossier et peut, 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

Pour plus de renseignements, consultez notre politique de confidentialité, disponible sur le site **assurances-bnc.ca > Politique de confidentialité**.

12. Référence à l'Autorité des marchés financiers (Québec seulement)

Pour toute information supplémentaire à propos des obligations de l'assureur et du distributeur envers vous, vous pouvez joindre l'Autorité des marchés financiers :

Autorité des marchés financiers

Place de la Cité, tour Cominar
2640, boul. Laurier, 4^e étage
Québec (Québec) G1V 5C1
Québec : 418 525-0337
Montréal : 514 395-0337
Ailleurs au Québec : 1 877 525-0337
Télécopie : 1 877 285-4378
lautorite.qc.ca

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 **assurances-bnc.ca** > **Votre opinion nous importe** pour connaître notre processus de gestion des plaintes, ou communiquez avec notre service à la clientèle :

- > Montréal : 514 871-7500
- > Sans frais : 1 877 871-7500

Par la poste :

Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie

800, rue Saint-Jacques, bureau 16701

Montréal (Québec) H3C 1A3



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 mandataires d'Assurance-vie Banque Nationale aux fins de l'administration de la présente police d'assurance collective.

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

MC La marque de commerce 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.

31037-501 (2023-12-31)