

## Sommaire

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

### MARGE DE CRÉDIT

#### 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 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 (si décès non accidentel) et Assurance maladies graves

un montant équivalent au moindre de :

le montant assuré du prêt à la date de l'événement assuré.	<b>ou</b>	110 % de la moyenne du solde quotidien du prêt utilisé au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'événement assuré (ou depuis la date de prise d'effet de l'assurance si l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois).
--	-----------	---

#### Assurance-vie (si décès accidentel)

un montant équivalent au solde assuré du prêt à la date du décès.

#### Assurance mutilation accidentelle

un montant équivalent à un pourcentage du solde assuré du prêt à la date de la mutilation accidentelle. Le pourcentage est établi en fonction de la nature de la perte.

#### Assurance invalidité

si l'invalidité persiste après un délai de 60 jours consécutifs, un montant équivalent au moindre de :  
(si invalidité non accidentelle)

le montant que vous avez choisi sur la proposition d'assurance.	<b>ou</b>	2 % du montant assuré du prêt à la date du début de l'invalidité.	<b>ou</b>	2 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien du prêt utilisé au cours des 12 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).
---	-----------	---	-----------	---

(si invalidité accidentelle)

le montant que vous avez choisi sur la proposition d'assurance.	<b>ou</b>	2 % du montant assuré du prêt à la date du début de l'invalidité.
---	-----------	---

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.

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 des limitations.

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

#### Prise d'effet de l'assurance

Si votre proposition d'assurance est acceptée automatiquement sans que vous n'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'ouverture du prêt.

Si votre proposition d'assurance nécessite d'autres preuves d'assurabilité, votre assurance ne débutera qu'une fois que l'Assureur vous aura fait parvenir une lettre de confirmation d'assurance.

#### Calcul de la prime mensuelle

La prime mensuelle est calculée chaque année à la date d'anniversaire de la signature de la proposition d'assurance en fonction de votre âge réel. La prime payable, en contrepartie de la couverture d'assurance, est calculée chaque jour en fonction du solde quotidien sur votre marge de crédit.

Exemple : une femme âgée de 39 ans, non-fumeur, souhaite assurer le montant total utilisé de sa marge de crédit avec l'assurance-vie. Le solde est de 12 000 \$ au 1<sup>er</sup> juin et à la suite d'un versement, il passe à 10 000 \$ en date du 16 juin. Le taux de prime sera de 0,23 \$ par tranche de 1 000 \$ du solde utilisé.

La prime est calculée comme suit :

du 1<sup>er</sup> au 15 juin :  $15 \div 30 \times 12\,000 \$ \div 1\,000 \$ \times 0,23 \$ = 1,38 \$$

du 16 au 30 juin :  $15 \div 30 \times 10\,000 \$ \div 1\,000 \$ \times 0,23 \$ = 1,15 \$$

pour une prime mensuelle totale de 2,53 \$, en sus des taxes applicables, s'il y a lieu.

Voir la section *Tableau de primes mensuelles - Marge de crédit* se trouvant au certificat d'assurance.

#### Durée de la couverture

Les couvertures d'assurance-prêt prennent fin au premier des événements suivants :

- la date où le paiement de la prime accuse un retard de plus de trois mois ;
- le jour suivant la réception d'un avis écrit de résiliation de votre part ;
- 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 du décès de l'un ou l'autre des assurés sur le prêt ;
- la date du premier diagnostic de maladie grave ;
- la date à laquelle la couverture d'assurance-vie prend fin.

#### Résiliation du produit

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance en tout temps en communiquant avec l'Assureur au 1 877 871-7500, en vous présentant à votre succursale ou en transmettant à l'Assureur une demande de résiliation à l'adresse suivante :

Assurance-vie Banque Nationale, 1100, boul. Robert-Bourassa, 5<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H3B 2G7

#### Procédure pour soumettre une réclamation

Vous pouvez obtenir un formulaire de demande de réclamation auprès de l'Assureur en composant le 1 877 871-7500. Sujet aux termes et aux conditions stipulés à la section *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.

## Votre certificat d'assurance

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

### MARGE DE CRÉDIT

Ce certificat atteste que toute personne répondant aux conditions d'admissibilité est assurée selon les dispositions de la Police d'assurance collective concernée par cette Proposition, sous réserve de :

- la véracité 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 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 de cette Police d'assurance collective.

#### ARTICLE 1. DÉFINITIONS

**Accident** : Un événement provenant de causes externes, violentes, soudaines et involontaires causant une atteinte corporelle provenant directement et indépendamment de toute autre cause et constatée par un médecin.

**Accident Vasculaire Cérébral** : Le diagnostic, posé par un neurologue ou un interniste autorisé à pratiquer et pratiquant la médecine dans une province canadienne, de la mort du tissu cérébral, causée par une thrombose, une hémorragie ou une embolie, provenant d'une source intra ou extra crânienne. Les signes d'incapacité neurologique permanents mesurables et objectifs doivent persister pendant au moins 30 jours suivant l'Accident Vasculaire Cérébral.

**Assuré** : Tout signataire d'une Proposition d'assurance, à quelque titre que ce soit, qui a demandé l'assurance, qui est admissible et qui a reçu un certificat d'assurance.

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

**Banque** : Banque Nationale du Canada.

**Cancer** : Le diagnostic, posé par un médecin autorisé à pratiquer et pratiquant la médecine dans une province canadienne, d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlée de cellules malignes qui envahissent les tissus. Ceci comprend la leucémie et la maladie de Hodgkin.

**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 au moment de la Proposition.

**Crise Cardiaque (Infarctus du myocarde)** : Le diagnostic, posé par un cardiologue ou un interniste autorisé à pratiquer et pratiquant la médecine dans une province canadienne, de la mort d'une partie du muscle cardiaque résultant d'un apport sanguin inadéquat à l'endroit concerné.

Le diagnostic doit être basé sur la présence simultanée des deux points suivants : de nouveaux changements électrocardiographiques (ECG) témoignant d'un infarctus du myocarde et d'une élévation des enzymes cardiaques ou tout autre marqueur au-dessus du niveau normal acceptable.

**Délai de carence** : Les jours continus d'Invalidité à compter d'un Événement Assuré pendant lesquels aucune prestation n'est payable.

**Événement Assuré** : Décès ou Invalidité ou diagnostic de Maladies Graves ou Mutilation Accidentelle, selon la Police d'assurance collective concernée.

**Hospitalisation** : Toute période d'au moins quarante-huit (48) heures consécutives pendant laquelle un Assuré séjourne, suite à une admission, dans une institution reconnue par la loi comme centre hospitalier au Canada ou aux États-Unis.

**Invalidité** : L'état d'incapacité qui empêche l'Assuré d'occuper les tâches habituelles de son emploi.

L'Invalidité doit être constatée par un médecin, résulter d'une Maladie survenue ou d'un accident subi alors que la personne était assurée 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. 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.

**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** : On entend Cancer, Crise Cardiaque et Accident Vasculaire Cérébral, tel que ces Maladies sont définies dans cette section.

**Montant Assuré** : Montant choisi par l'Assuré lors de l'adhésion à l'assurance tel qu'indiqué à la Proposition d'assurance, ou le solde du Prêt au moment de l'Événement Assuré s'il est moindre sans toutefois excéder le montant maximum assurable selon la ou les protections d'assurances demandées dans la Proposition d'assurance.

**Mutilation Accidentelle** : Dommages corporels causés par suite d'un accident survenu alors que le certificat est en vigueur et entraînant, directement et indépendamment de toute autre cause, la perte ou la perte d'usage d'un membre ou d'un oeil. La perte d'un oeil signifie la perte totale et irrémédiable de la vue ; la perte d'un membre signifie la perte d'un bras ou d'une partie d'un bras (mais pas moins d'une main) ou d'une jambe ou d'une partie d'une jambe (mais pas moins d'un pied). La mutilation peut également signifier la perte d'usage d'un membre. La perte ou la perte d'usage doit survenir dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident, subsister pendant douze mois et, par la suite, être reconnue définitive, avant que la prestation ne soit versée.

**Police** : Police d'assurance collective concernée par la Proposition d'assurance ci-jointe, selon le type de Prêt.

**Prêt** : Marge de crédit.

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

**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 affection et est soumise au Délai de carence.

**Refinancement** : Tout changement apporté au Prêt ayant pour résultat l'augmentation de son solde.

**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 douze mois précédant la signature de la Proposition d'assurance.

**Versement Assuré** : Le Versement Assuré payable choisi par l'Assuré lors de l'adhésion à l'assurance-prêt ne peut excéder le moindre de :

2 % du solde utilisé au moment de l'Événement Assuré

ou

Le montant, par multiple de 250 \$, choisi par l'Assuré dans la Proposition d'assurance

ou

La prestation maximale assurable pour la protection choisie, tel qu'indiqué dans le certificat d'assurance.





#### **ARTICLE 5. DÉCLARATION ERRONÉE D'ÂGE OU DE SEXE**

L'âge est déterminé selon l'âge atteint au dernier anniversaire de naissance de l'Assuré. Si l'âge ou le sexe d'un Assuré a été déclaré incorrectement, la prestation payable sera ramenée à la somme qui aurait été prévue pour l'âge réel ou pour le sexe réel selon les primes effectivement payées sans excéder la prestation payable. Si l'âge de l'Assuré excède l'âge auquel l'assurance prend fin, aucune prestation n'est payable en vertu de ladite assurance. Dans ce cas, le trop perçu de prime sera remboursé.

#### **ARTICLE 6. 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 douze (12) derniers mois précédant la date de signature de la Proposition.

Si, suivant les déclarations de l'Assuré, l'assurance est établie selon la catégorie de non-fumeur et qu'il s'avère qu'il y a eu fausse déclaration, l'assurance est automatiquement annulée rétroactivement à sa date d'entrée en vigueur.

#### **ARTICLE 7. REFINANCEMENT DU PRÊT OU TRANSFERT PAR SUBROGATION**

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 : taux de primes, âge du client et montant du Prêt à la date de signature de la nouvelle demande. Toutefois, si elle est refusée, l'Assureur pourra, à la demande écrite du client dans un délai de 90 jours de l'avis de refus, maintenir l'assurance en vigueur mais aux conditions de la nouvelle demande (suite à l'étude du dossier et sous véracité des renseignements fournis). Le montant d'assurance maintenu sera le Montant Assuré choisi de l'ancien Prêt. Dans le cas d'un Refinancement alors que l'Assuré est en période d'invalidité, l'Assureur versera la prestation d'Invalidité prévue avant le Refinancement.

La subrogation n'est pas permise dans le cas d'une Marge de crédit.

#### **ARTICLE 8. PRESTATION-DÉCÈS**

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

**Si décès accidentel** : Solde assuré non réglé calculé à la date du décès, plus tout intérêt couru depuis la date du décès. Le solde ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes en souffrance à la date du décès.

**Si décès non accidentel** : Le moindre de :

Le Montant Assuré du Prêt à la date de l'Événement Assuré

ou

110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt utilisé au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'Événement Assuré

ou

Dans l'éventualité où l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois, 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt utilisé depuis la date de prise d'effet de l'assurance.

#### **ARTICLE 9. PRESTATION D'INVALIDITÉ**

En cas d'Invalidité qui persiste après l'expiration du Délai de carence applicable, l'Assureur versera à la Banque la prestation d'Invalidité correspondant au Versement selon les règles suivantes. En tout temps durant l'invalidité, pendant la ou les périodes où l'Assureur évalue ou réévalue la demande de prestation, l'Assuré doit continuer à effectuer ses versements.

Les prestations sont calculées au prorata pour chaque jour d'Invalidité ne faisant pas partie d'une période complète couverte par un Versement.

**Marge de crédit :**

**Si invalidité accidentelle** : Le moindre de :

2 % du solde impayé de la Marge de crédit à la date du début de l'Événement Assuré

ou

Le montant choisi par le client par multiple de 250 \$, maximum 5 000 \$

**Si invalidité non accidentelle** : Le moindre de :

2 % du solde impayé de la Marge de crédit à la date du début de l'Événement Assuré

ou

2 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt utilisé au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'Événement Assuré

ou

Dans l'éventualité où l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois, 2 % de 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt utilisé depuis la date de prise d'effet de l'assurance.

ou

Le montant choisi par le client par multiple de 250 \$, maximum 5 000 \$

**Période maximale** : Sous réserve des règles relatives à la Récidive d'invalidité contenues à l'article 1 du présent certificat, un maximum de 24 mois de Versements consécutifs 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 48 mois de Versements mensuels 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.

**Délai de carence** : 60 jours consécutifs.

#### **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 ;
- **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** : le Prêt est remboursé en totalité, 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 de l'Assuré ou d'un co-assuré, si une prestation d'assurance-vie remboursant le Prêt est payable à son égard ;
- **Maladies Graves** : le diagnostic d'une Maladie Grave à l'Assuré ou un co-assuré, si une prestation d'assurance Maladies Graves remboursant le Prêt est payable à son égard ;
- **Activités avec compensation monétaire** : dès que l'Assuré se livre à une activité pour laquelle il reçoit une compensation monétaire.

**ARTICLE 10. PRESTATION DE MALADIES GRAVES**

En cas de Maladie Grave, l'Assureur versera à la Banque la prestation de Maladies Graves selon les règles suivantes :

Le moindre de :

Le Montant Assuré du Prêt à la date de l'Événement Assuré

ou

110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt utilisé au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'Événement Assuré

ou

Dans l'éventualité où l'assurance est en vigueur depuis moins de 12 mois, 110 % de la moyenne du solde quotidien du Prêt utilisé depuis la date de prise d'effet de l'assurance.

**ARTICLE 11. PRESTATION DE MUTILATION ACCIDENTELLE**

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

Perte	Pourcentage du moindre du Montant Assuré ou 1 000 000 \$
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 à partir de l'Événement Assuré. Par suite du versement d'une prestation de Mutilation Accidentelle, le capital assuré sera rajusté en fonction du nouveau solde du Prêt selon la même proportion qu'à l'adhésion, s'il y a lieu. 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 maximum payable pour Mutilation Accidentelle.

**ARTICLE 12. PRESTATION MAXIMUM**

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

Vie : 1 000 000 \$      Maladies Graves et Mutilation Accidentelle : 1 000 000 \$      Invalidité : 5 000 \$ 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.

**ARTICLE 13. MULTIPLES ASSURÉS**

Deux 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 dans aucun cas excéder le montant du versement du Prêt 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 la prestation maximum.

**ARTICLE 14. DEMANDE DE PRESTATIONS**

Toute demande de prestations pour un Événement Assuré et qui persiste après l'expiration du Délai de carence, si applicable, doit être signalée à l'Assureur. Les documents nécessaires à l'étude de la demande seront alors expédiés à l'Assuré. Ces documents, 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 15. 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, une Maladie Grave, une Mutilation Accidentelle ou une Invalidité résultant directement ou indirectement :

- **Guerre** : de la guerre ou de tout acte de guerre, que l'Assuré y ait participé ou non ;
- **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 ;
- **Armée** : d'actes ou de manœuvres militaires faits par l'Assuré dans le but de défendre ou protéger n'importe quel pays alors qu'il est à l'emploi à temps plein ou à temps partiel dans les Forces Armées ;
- **Suicide** : d'un acte de suicide qui survient dans les deux (2) premières années suivant la prise d'effet de la couverture d'assurance, que l'Assuré soit sain d'esprit ou non ;
- **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, autre que la période durant laquelle ces affections sont traitées en cure fermée.

### Concernant l'assurance Maladies Graves exclusivement :

Aucune prestation n'est payable pour une Maladie Grave :

- **Accident Vasculaire Cérébral** : résultant directement ou indirectement d'un Accident Vasculaire Cérébral dont les symptômes durent moins de 24 heures ainsi que les Accidents Vasculaires Cérébraux de type ischémique ;
- **Cancer** : résultant directement ou indirectement des conditions ou des formes de Cancer suivants : Cancer in situ ; Cancer de la peau sauf un mélanome malin envahissant le derme à une profondeur de plus de 0.7 mm ; Cancer de la prostate au stade A (T1NOMO) ; toute tumeur en présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ; toute tumeur bénigne, précancéreuse ou non envahissante ; tout Cancer récidivant ; toutes métastases d'une tumeur qui est survenue durant la période d'exclusion de 90 jours ;
- **Exclusion de 90 jours suivant l'entrée en vigueur du certificat** : résultant de tout signe, symptôme ou trouble de la santé qui a commencé avant le quatre-vingt-onzième (91<sup>e</sup>) jour qui suit la date d'entrée en vigueur du certificat et qui a donné lieu à une investigation ayant mené à un diagnostic de Cancer. La protection sera résiliée et les primes payées seront remboursées à l'Assuré ;
- **Crise Cardiaque** : résultant des découvertes sur un tracé électrocardiographique (ECG) démontrant un infarctus passé.

### ARTICLE 16. 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 ;
- **Cession** : la cession totale par l'Assuré de ses droits dans l'immeuble affecté à la garantie du Prêt ;
- **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 Prêt est payable à son égard ;
- **Diagnostic de Maladies Graves** : le diagnostic de Maladies Graves, si une prestation d'assurance Maladies Graves remboursant le Prêt est payable à son égard ;
- **Concernant l'assurance Invalidité, 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

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, l'Assureur constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que ceux relatifs à toute demande de règlement d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires qui seront responsables de la souscription, de l'administration, des enquêtes et des demandes de règlements, ou toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès au dossier. Votre dossier sera détenu dans les bureaux de l'Assureur.

Vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier, en formulant une demande écrite à : Assurance-vie Banque Nationale, Officier d'accès aux renseignements personnels, 1100, boul. Robert-Bourassa, 5<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

Pour toute information, communiquez avec nous :	<b>Montréal</b>	514 871-7500
	<b>Sans frais</b>	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.**