

Sommaire

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

PRÊT PERSONNEL

NOTE AU LECTEUR

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

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

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

Assurance-vie

un montant équivalent au solde du prêt à la date du décès. Si, à la date d'adhésion à l'assurance, le solde assuré du prêt était inférieur au montant initial du prêt, la prestation sera calculée selon la même proportion.

Assurance maladies graves

un montant équivalent au solde du prêt à la date du diagnostic de cancer (mettant la vie en danger), de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral. Si, à la date d'adhésion à l'assurance, le solde assuré du prêt était inférieur au montant initial du prêt, la prestation sera calculée selon la même proportion.

Assurance mutilation accidentelle

un montant équivalent à un pourcentage du solde du prêt à la date de la mutilation accidentelle. Le pourcentage est établi en fonction de la nature de la perte. Si, à la date d'adhésion à l'assurance, le solde assuré du prêt était inférieur au montant initial du prêt, la prestation sera calculée selon la même proportion.

Assurance invalidité

si l'invalidité persiste après un délai de 60 jours consécutifs, un montant équivalent au versement du prêt. Si, à la date d'adhésion à l'assurance, le versement assuré était inférieur au versement du prêt, la prestation sera calculée selon la même proportion. 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 ou limitations.

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

Prise d'effet de l'assurance

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

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

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 en fonction de l'âge de l'assuré au moment de l'adhésion, du montant initial assuré pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle et du versement assuré pour l'assurance invalidité.

Exemple : une femme âgée de 39 ans détient un prêt personnel de 15 000 \$ dont le versement mensuel est de 400 \$ qu'elle souhaite assurer avec l'assurance-vie et l'assurance invalidité. Le taux de prime sera de 0,30 \$ par tranche de 1 000 \$ du montant initial assuré du prêt pour l'assurance-vie et de 0,44 \$ par tranche de 10 \$ de versement assuré pour l'assurance invalidité.

La prime est calculée comme suit : $(15\,000\ \$ \div 1\,000\ \$ \times 0,30\ \$) + (400\ \$ \div 10\ \$ \times 0,44\ \$) = 22,10\ \$$ par mois, plus les taxes applicables, s'il y a lieu.

À noter que s'il y a plus d'un assuré, le calcul se fait avec l'âge de l'assuré le plus âgé et un rabais s'applique selon le nombre d'assurés.

Voir la section *Tableau des taux de primes mensuelles* du certificat d'assurance.

Durée de la couverture

L'assurance prend fin au premier des événements suivants :

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

Résiliation du produit

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

Procédure pour soumettre une réclamation

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

Votre certificat d'assurance

Assurance-vie, assurance maladies graves et mutilation accidentelle, assurance invalidité **PRÊT PERSONNEL**

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 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 formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extra crânienne, avec :

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

qui persistent pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un Spécialiste.

EXCLUSIONS : Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire ;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ;
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme aux critères de l'accident vasculaire cérébral prévus ci-dessus.

Assuré : Tout signataire d'une Proposition, à quelque titre que ce soit, qui a demandé l'assurance et qui répond aux critères de l'article *Admissibilité et assurabilité* du présent certificat dont il a reçu une copie.

Assureur : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, dont la place d'affaires est située au 1100, boul. Robert-Bourassa, 5e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

Banque : Banque Nationale du Canada.

Cancer (mettant la vie en danger) : Diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un Spécialiste.

EXCLUSIONS : Aucune prestation ne sera payable si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non par le certificat d'assurance), peu importe la date d'établissement du diagnostic ; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non par le certificat d'assurance).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à l'Assureur dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, l'Assureur peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta ;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases ;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- cancer de la prostate au stade 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.

Conjoint : La personne à qui l'Assuré est légalement marié, uni ou la personne désignée par celui-ci avec qui il cohabite en permanence et qui est reconnue publiquement comme son Conjoint.

Crise cardiaque : Diagnostic formel d'une crise cardiaque résultant en la mort d'une partie du muscle cardiaque suite à une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnée d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque ;
- changements récents à l'électrocardiogramme indiquant une crise cardiaque ;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

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

EXCLUSIONS : Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q ;
- changements à l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme aux critères de crise cardiaque prévus dans ce certificat.

Délai de carence : Les jours continus d'Invalidité à compter de la date de début de l'Invalidité pendant lesquels aucune prestation n'est payable.

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 pratiquant au Canada ou aux États-Unis, résulter d'une Maladie survenue ou d'un Accident subi alors que l'assurance est en vigueur et exiger des soins médicaux continus. Durant son Invalidité, l'Assuré ne doit se livrer à aucune activité pour laquelle il reçoit une compensation financière.

Maladie : Détérioration de la santé nécessitant des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, effectivement donnés par un médecin ou un autre professionnel faisant partie d'un ordre professionnel de la santé. Ces soins doivent être considérés comme satisfaisants par l'Assureur.

Maladies Graves : Désigne exclusivement les maladies graves suivantes : Accident vasculaire cérébral, Cancer (mettant la vie en danger) et Crise cardiaque, telles que décrites à l'article *Définitions*.

Montant Initial Assuré : Montant total du Prêt à la date de prise d'effet de l'assurance, 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 365 jours suivant la date de l'Accident. La perte d'usage doit subsister pendant 12 mois et, par la suite, être reconnue définitive, avant que la prestation ne soit versée. L'assurance doit toujours être en vigueur au moment du diagnostic de perte ou de perte d'usage.

Le diagnostic de perte ou de perte d'usage doit être posé par un Spécialiste.

Police : Police d'assurance collective No 70003-17. L'Assuré peut demander par écrit à l'Assureur une copie de la Police, moyennant des frais administratifs.

Prêt : Prêt personnel visé par la Proposition ci-jointe.

Proposition : Le formulaire de Proposition d'assurance de l'Assureur dûment complété et signé par le proposant, par téléphone ou autrement, et quelque soit le moyen technique utilisé.

Récidive d'Invalidité : Au cours des 90 jours suivant la fin d'une période d'Invalidité couverte par le présent certificat, toute Invalidité ayant la même cause et persistant au moins 7 jours consécutifs est considérée comme la prolongation de cette Invalidité. Sinon, toute Invalidité ultérieure est considérée comme une nouvelle Invalidité et est soumise au Délai de carence.

Refinancement : Tout changement apporté au Prêt ayant pour résultat l'augmentation 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 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 montant prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat. Si, à la date de prise d'effet de l'assurance, le Montant Initial Assuré du Prêt était inférieur au montant total du Prêt, le Solde Assuré sera ajusté selon la même proportion.

Spécialiste : Un médecin qui détient un permis d'exercice valide au Canada ou aux États-Unis, et une formation médicale spécialisée en lien avec la Maladie Grave ou la Mutilation Accidentelle pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence ou la non disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de l'Assureur, une condition peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant tant au Canada qu'aux États-Unis. Le terme spécialiste inclut, entre autres, tout : cardiologue, neurologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste. Le spécialiste ne peut pas être l'Assuré, son Conjoint, un membre de la famille, ou un partenaire d'affaires de l'Assuré ou de son Conjoint.

Versement Assuré : Versement du Prêt à la date de l'Événement Assuré, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat, comprenant le paiement du capital, de l'intérêt, et de toute prime d'assurance-prêt applicable. Le Versement Assuré ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes en souffrance à la date de l'Événement Assuré.

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

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

L'assurance entre en vigueur à la plus tardive des 2 dates suivantes : la date de signature de la Proposition ou la date à laquelle le Prêt est déboursé.

Preuves d'assurabilité

Lorsque des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur et avant que celui-ci ne rende une décision quant à l'assurabilité du proposant, les prestations liées aux couvertures choisies par le proposant ne sont payables que si le décès, l'Invalidité ou la Mutilation Accidentelle résulte d'un Accident qui survient après la date de prise d'effet de l'assurance. Toutefois, si l'Événement Assuré survient pendant l'étude de la demande et que l'assurabilité du proposant aurait été acceptée, la prestation sera versée.

Si les preuves d'assurabilité soumises par un proposant ne répondent pas aux exigences d'assurabilité établies par l'Assureur et s'appliquant à l'ensemble des Assurés concernés par la Police, aucune assurance ne lui est accordée et toute prime payée par le proposant, le cas échéant, lui sera remboursée.

Si le proposant ne fournit pas les preuves demandées, l'Assureur peut mettre fin à l'étude du dossier.

Dans tous les cas, lorsque des preuves d'assurabilité doivent être soumises, l'Assureur fera parvenir par écrit sa décision au proposant, au plus tard 30 jours après avoir reçu toutes les preuves nécessaires pour la prise de décision. Dans le cas où l'assurance est refusée par l'Assureur, toute prime payée par le proposant lui sera remboursée.

ARTICLE 4. DÉCLARATION ERRONÉE D'ÂGE

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 d'un Assuré a été déclaré incorrectement, la prestation payable sera ramenée au montant qui aurait été prévue pour l'âge 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. Dans ce cas, le trop perçu de prime sera remboursé, sans intérêt.

ARTICLE 5. SUICIDE DE L'ASSURÉ

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

ARTICLE 6. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE PRIMES

Outre les situations spécifiques mentionnées au présent certificat, l'Assureur remboursera à l'Assuré, sans intérêt, toutes primes perçues en trop et, lorsque la proposition d'assurance-prêt est automatiquement annulée rétroactivement à sa date de prise d'effet, toutes primes versées.

Toute demande de remboursement de primes doit être faite auprès de l'Assureur par téléphone ou par écrit. L'Assureur analysera la demande, et s'il s'agit de primes qui n'auraient pas dû être perçues, celles-ci seront remboursées, sans intérêt.

ARTICLE 7. REFINANCEMENT DU PRÊT

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

Reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur

Si, suite au Refinancement du Prêt, la nouvelle demande d'assurance est refusée, l'Assureur pourra, à la demande de l'Assuré dans un délai de 90 jours de l'avis de refus, reconnaître l'assurance qui était en vigueur immédiatement avant le Refinancement du prêt. Les taux de primes applicables seront établis en fonction de l'âge du proposant au moment de la signature de la nouvelle demande. Les primes, les conditions et les exclusions qui s'appliquent seront celles de la nouvelle demande.

Toute reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur est sujette à l'étude du dossier et est faite sous réserve de l'exactitude des renseignements fournis 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 nouveau Versement Assuré sera déterminé en fonction du Solde Assuré du prêt antérieur à la date du Refinancement par rapport au montant total du nouveau Prêt, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article *Prestation maximum* du nouveau certificat.

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

ARTICLE 8. PRESTATION-DÉCÈS

En cas de décès, l'Assureur versera à la Banque la prestation-décès équivalent au Solde Assuré du Prêt calculé à la date du décès, plus tout intérêt couru depuis la date de décès. Le Solde Assuré ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes en souffrance à la date du décès. Toute prime d'assurance due à l'Assureur à la date du décès sera déduite de la prestation-décès.

Si des primes d'assurance-prêt sont perçues par l'Assureur après le décès de l'Assuré, le trop-perçu de prime depuis le décès de l'Assuré sera remboursé, sans intérêt.

ARTICLE 9. TABLEAU DES TAUX DE PRIMES MENSUELLES

L'Assureur se réserve le droit de modifier, en tout temps, le barème de taux de primes. Le cas échéant, le nouveau barème s'appliquera à l'ensemble des Assurés de la Police.

Âge ⁽¹⁾	VIE	MALADIES GRAVES ET MUTILATION ACCIDENTELLE	INVALIDITÉ
	par 1 000 \$ de Montant Initial Assuré du Prêt 0 \$ à 500 000 \$ Tous	par 1 000 \$ de Montant Initial Assuré du Prêt 0 \$ à 150 000 \$ Tous	Par 10 \$ de Versement Assuré 0 \$ à 2 000 \$ par mois Tous
de 18 à 25 ans	0,25 \$	0,28 \$	0,32 \$
de 26 à 30 ans	0,25 \$	0,38 \$	0,36 \$
de 31 à 35 ans	0,25 \$	0,38 \$	0,40 \$
de 36 à 40 ans	0,30 \$	0,46 \$	0,44 \$
de 41 à 45 ans	0,39 \$	0,52 \$	0,49 \$
de 46 à 50 ans	0,50 \$	0,77 \$	0,64 \$
de 51 à 55 ans	0,66 \$	1,27 \$	0,85 \$
de 56 à 60 ans	0,88 \$	1,65 \$	1,19 \$
de 61 à 64 ans	1,10 \$	2,18 \$	1,63 \$
de 65 à 69 ans ⁽²⁾	1,10 \$	2,18 \$	1,63 \$

⁽¹⁾ À la signature de la Proposition.

⁽²⁾ S'applique seulement au renouvellement ou au Refinancement du Prêt.

Facteur selon le nombre d'Assurés :	Vie et maladies graves et mutilation accidentelle		Invalidité	
	Multiplier la prime de l'Assuré le plus âgé, par couverture, par le facteur correspondant au nombre d'Assurés sur le Prêt :	1 Assuré	100 %	1 Assuré
	2 Assurés	180 %	2 Assurés	190 %
	3 Assurés	270 %	3 Assurés	280 %
	4 Assurés	360 %	4 Assurés	370 %
	5 Assurés	450 %	5 Assurés	460 %

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

Facteur selon la fréquence du versement du Prêt :

 POUR L'ASSURANCE-VIE ET L'ASSURANCE MALADIES GRAVES ET MUTILATION
ACCIDENTELLE SEULEMENT :

 Multiplier la prime mensuelle de l'assurance-vie et de l'assurance maladies graves et mutilation
accidentelle obtenue par le facteur correspondant à la fréquence du versement du Prêt.

hebdomadaire	0,2301
aux deux semaines	0,4603
mensuelle	1
trimestrielle	3
semestrielle	6
annuelle	12

CALCUL DE LA PRIME

Âge de l'Assuré le plus âgé	ans		
	Vie	Maladies graves et mutilation accidentelle	Invalidité
Taux de prime mensuelle	(1)	(3)	(5)
Montant Initial Assuré _____ / 1 000	(2)	(4)	
Versement Assuré _____ / 10			(6)
Montant de la prime (1) x (2) ou (3) x (4) ou (5) x (6)			
Facteur selon le nombre d'Assurés	X	%	%
Facteur selon la fréquence du versement du Prêt	X		
Taxe (Québec 1,09 – Ontario et Manitoba 1,08 – autres provinces 1,00)	X		
Total prime d'assurance-vie	(7)		
Total prime d'assurance maladies graves et mutilation accidentelle		(8)	
Total prime d'assurance invalidité			(9)
Prime d'assurance totale (7) + (8) + (9)			

ARTICLE 10. 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 Assuré. 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, incluant le paiement de toutes primes d'assurance.

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

Délai de carence : 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 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 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.

Renouvellement du Prêt

Si l'Assuré est en Invalidité lors du renouvellement du Prêt, la prestation d'invalidité est alors révisée pour le nouveau versement calculé à la date du renouvellement, en conservant la date d'échéance initiale du Prêt, sans excéder 120 % du versement (capital et intérêt) payable au début de l'Invalidité. Le nouveau Versement Assuré ne pourra en aucun cas être supérieur au montant prévu à l'article *Prestation maximum* du présent certificat.

La période d'échéance de la prestation d'invalidité révisée ne peut en aucun cas excéder celle initialement prévue.

Cessation des prestations d'invalidité

Le paiement des prestations cesse au premier des événements suivants :

- **Fin de l'Invalidité :** la date à laquelle l'Assuré n'est plus invalide, selon la définition d'Invalidité du présent certificat ;
- **Retour au travail :** la date à laquelle l'Assuré effectue un retour au travail à temps partiel, à temps plein ou progressif, ou qu'il obtient une assignation temporaire, que ce soit pour occuper les tâches normales de son emploi ou tout autre emploi, incluant des travaux légers ;
- **Activités avec compensation financière :** dès que l'Assuré se livre à une activité pour laquelle il reçoit une compensation financière ;
- **Preuves non soumises :** l'Assuré est en défaut de présenter les pièces justificatives demandées par l'Assureur ou de se soumettre à un examen médical ou à une évaluation par un consultant en réhabilitation, requis par l'Assureur ;
- **Fin du Prêt :** 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 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 équivalent au Solde Assuré du Prêt calculé à la date du diagnostic de la Maladie Grave, plus tout intérêt couru depuis la date du diagnostic de la Maladie Grave. Le Solde Assuré ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes en souffrance à la date du diagnostic de la Maladie Grave.

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 nouveau solde du Prêt et selon la même proportion qu'à l'adhésion.

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, quadriplégie, 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 nouveau solde du Prêt et selon la même proportion qu'à l'adhésion.

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 nouveau solde du Prêt et selon la même proportion qu'à l'adhésion.

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, sans intérêt. La prestation maximum d'invalidité exclut le remboursement de la prime d'assurance.

ARTICLE 14. MULTIPLES ASSURÉS

Deux Assurés ou plus peuvent être couverts pour le même Prêt. Pour l'assurance-vie et maladies graves, la prestation est payable au premier événement seulement. Pour l'assurance Invalidité, le montant de la prestation d'invalidité ne peut en aucun cas excéder le montant du versement du Prêt ni 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 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 et 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 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 de 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, une Invalidité, 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, quelle que soit la condition mentale de l'Assuré ;
- **Conditions préexistantes** : des suites d'une Maladie ou symptômes ou d'un Accident lorsqu'un décès, une Maladie Grave, une Mutilation Accidentelle ou une Invalidité survient au cours des douze (12) mois qui suivent la date de prise d'effet de l'assurance et que l'Assuré a, pour cette Maladie ou ces symptômes, blessure ou toute autre cause connexe résultant directement ou indirectement de cet Accident ou Maladie, consulté ou reçu des traitements d'un médecin ou d'un autre professionnel faisant partie d'une association ou d'un ordre professionnel de la santé, subi des examens, fait usage de médicaments ou été hospitalisé, au cours des 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 :

Cette Police prévoit des exclusions spécifiques applicables à chacune des maladies graves et pour lesquelles la prestation en cas de diagnostic de Maladie Grave ne sera pas payable, comme indiqué aux sections Accident vasculaire cérébral, Cancer (mettant la vie en danger) et Crise cardiaque de l'article *Définitions*.

ARTICLE 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 paiement des primes ;
- **Annulation** : la date à laquelle l'Assuré désire mettre fin volontairement à son assurance si l'Assureur en est avisé avant cette date par téléphone au 1 877 871-7500 ou par écrit, sinon la date de réception de l'avis par l'Assureur ou l'annulation de la Police d'assurance collective par l'Assureur ou par la Banque ;
- **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 la date à laquelle ce Prêt (ou une part du Prêt) est assumé par un autre débiteur non assuré par un certificat d'assurance relatif audit Prêt ;
- **Âge maximum** : le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de 70 ans ;
- **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 des Maladies Graves 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 maladies graves ou mutilation accidentelle** : le versement d'une prestation de maladies graves met fin à l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle de tous les Assurés.
- **Concernant l'assurance invalidité** : lorsque le ou les Assurés ont collectivement bénéficié du maximum de 48 mois de Versements Assurés pour l'ensemble des Invalidités survenues pour toute la durée du Prêt.
- **Concernant l'assurance invalidité et l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle** : la date à laquelle la garantie d'assurance-vie prend fin.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

DISPOSITION GÉNÉRALE : Sur demande, tout Assuré ou la Banque a le droit d'obtenir, le cas échéant, copie de la Proposition, de toute déclaration ou document transmis à titre de preuve d'assurabilité et de la Police.

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

PRESCRIPTION DES ACTIONS (DÉLAIS DE PRESCRIPTION)

Résidents de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Manitoba

Les actions ou les poursuites visant le recouvrement auprès de l'assureur des sommes assurées au titre du contrat sont prescrites de façon absolue à moins qu'elles ne soient intentées dans le délai prévu par la *Loi sur les assurances*.

Résidents de l'Ontario

Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par le délai indiqué dans la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*.

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

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

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

Le MIB vous transmettra sur demande tous renseignements qu'il possède à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements consignés au MIB, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant au 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, 5e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

GESTION DES PLAINTES

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

Pour toute information, communiquez avec nous :

Montréal
Sans frais

514 871-7500
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.