

Sommaire

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

PRÊT HYPOTHÉCAIRE

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

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 premier diagnostic de cancer, 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 hypothécaire du prêt. Si, à la date d'adhésion à l'assurance, le versement assuré était inférieur au versement hypothécaire 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 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 où la Banque Nationale autorise le prêt ou la date de déboursé final du prêt (au plus tard 6 mois après la date où la Banque Nationale autorise le prêt), selon votre choix.

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, du sexe et du statut de tabagisme de l'assuré et en fonction du montant initial assuré du prêt.

Exemple : une femme âgée de 39 ans, non-fumeur, détient un prêt hypothécaire de 175 000 \$ qu'elle souhaite assurer avec l'assurance-vie. Le taux de prime sera de 0,17 \$ par tranche de 1 000 \$ du montant initial assuré du prêt.

La prime est calculée comme suit : $175\,000 \$ \div 1\,000 \$ \times 0,17 \$ = 29,75 \$$ par mois, en sus des taxes applicables, s'il y a lieu.

Voir la section *Tableau des taux de primes mensuelles - Prêt hypothécaire* se trouvant au certificat d'assurance.

Durée de la couverture

L'assurance prend fin au premier des événements suivants :

- la date où le paiement de la prime et le versement du prêt accusent 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 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, la date de cession de vos droits dans l'immeuble ou lorsque le prêt (ou une part du prêt) est assumé par un autre débiteur non assuré sur le prêt ;
- la date à laquelle le prêt ou une part du prêt est assumé par un coassuré ou un autre débiteur ;
- 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 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 du prêt pour l'assurance-vie est payable à son égard ;
- 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 transmettant à l'Assureur une demande de résiliation à l'adresse figurant sur la page frontispice de votre certificat d'assurance, en communiquant avec l'Assureur au 1 877 871-7500 ou en vous présentant à votre succursale.

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 PRÊT HYPOTHÉCAIRE

Ce certificat atteste que tout proposant répondant aux conditions d'admissibilité est assuré selon les dispositions de la Police d'assurance collective concernée par la Proposition, sous réserve de :

- l'exactitude des renseignements fournis avec la demande ;
- le paiement des primes ;
- l'approbation par l'Assureur des preuves d'assurabilité, lorsque requises.

Toute omission ou fausse déclaration de la part de l'Assuré entraîne automatiquement l'annulation de l'assurance.

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

L'adhésion à l'assurance est facultative et il est possible d'y mettre fin en tout temps. Si l'Assuré demande l'annulation de l'assurance dans les trente (30) jours suivant la date de signature de la Proposition, l'Assureur remboursera toutes les primes versées, s'il y a lieu, et l'assurance n'aura jamais pris effet.

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

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

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

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

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un Spécialiste.

Ne comprend pas les cas suivants :

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

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

Assureur : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, dont le siège social est situé au 1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

Banque : Banque Nationale du Canada.

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

Le diagnostic de cancer doit être posé par un Spécialiste.

Ne comprend pas les cancers suivants :

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

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

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

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

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

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

Ne comprend pas les cas suivants :

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

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

Événement Assuré : Décès ou Invalidité ou diagnostic de Maladies Graves ou Mutilation Accidentelle.

Invalidité : L'état d'incapacité qui empêche l'Assuré d'occuper les tâches habituelles de son emploi. Pour tout Assuré sans emploi au début de son Invalidité, l'état d'incapacité est celui qui l'empêche d'exercer les activités normales d'une personne du même âge.

L'Invalidité doit être constatée par un médecin, résulter d'une Maladie survenue ou d'un Accident subi alors que l'assurance est en vigueur et exiger des soins médicaux continus. Durant son Invalidité, l'Assuré ne doit se livrer à aucune activité pour laquelle il reçoit une compensation monétaire.

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

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

Montant Initial Assuré : 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 trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'Accident. La perte d'usage doit subsister pendant douze (12) mois et, par la suite, être reconnue définitive, avant que la prestation ne soit versée. L'assurance doit toujours être en vigueur au moment du diagnostic de perte ou de perte d'usage.

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

Police : Police d'assurance collective N° 70004B13. L'Assuré peut demander par écrit à l'Assureur une copie de la Police, moyennant des frais administratifs.

Prêt : Prêt hypothécaire concerné par la Proposition ci-jointe.

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

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

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

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

Solde Assuré : Solde du Prêt à la date de l'Événement Assuré ou à la date du Refinancement dans le cas de la reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur, sans toutefois excéder le 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.

Par exemple, si le montant total du Prêt à la date de prise d'effet de l'assurance est de 625 000 \$, le Montant Initial Assuré sera de 500 000 \$ pour l'assurance-vie et de 150 000 \$ pour l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle. La proportion en cas de décès sera de 500 000 / 625 000, soit un Solde Assuré de 80 % du solde du Prêt à la date du décès et la proportion en cas de Maladies Graves ou de Mutilation Accidentelle sera de 150 000 / 625 000, soit un Solde Assuré de 24 % du solde du Prêt à la date du diagnostic.

Montant total du Prêt : 625 000 \$ à la date de prise d'effet de l'assurance

Pour l'assurance-vie

Montant Initial Assuré : 500 000 \$ (prestation maximum)

Calcul de la proportion : $500\,000 / 625\,000 = 80\%$

Solde Assuré : $80\% \times$ solde du Prêt à la date du décès

Pour l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle

Montant Initial Assuré : 150 000 \$ (prestation maximum)

Calcul de la proportion : $150\,000 / 625\,000 = 24\%$

Solde Assuré : $24\% \times$ solde du Prêt à la date du diagnostic

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

Versement Assuré : Versement hypothécaire du Prêt à la date de l'Événement Assuré, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article « Prestation maximum » du présent certificat, et comprenant le paiement du capital, de l'intérêt, de toute prime d'assurance-prêt applicable et, selon le choix indiqué à la Proposition, des provisions pour taxes foncières et scolaires, si incluses dans le versement hypothécaire au moment de l'Invalidité. Le Versement Assuré ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts, les taxes ou les primes en souffrance à une date donnée.

ARTICLE 2. ADMISSIONNÉ ET ASSURABILITÉ

Le proposant doit satisfaire aux conditions d'admissionnité et d'assurabilité des sections « Admissionnité » 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 « Admissionnité et assurabilité » du présent certificat.

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

- la date de signature de la Proposition, ou
- la date choisie par l'Assuré et indiquée à la Proposition, soit :
 - o la date d'autorisation du Prêt, ou
 - o la date du déboursé final du Prêt (au plus tard six (6) mois après la date d'autorisation).

Preuves d'assurabilité

Lorsque des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur et avant que celui-ci n'émette une décision quant à l'assurabilité de l'Assuré, **les prestations liées aux couvertures choisies par l'Assuré 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 l'Assuré 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 à l'Assuré, au plus tard trente (30) jours après avoir reçu toutes les preuves nécessaires pour la prise de décision.

ARTICLE 4. DÉCLARATION ERRONÉE D'ÂGE OU DE SEXE

L'âge est déterminé selon l'âge atteint au dernier anniversaire de naissance de l'Assuré à la date de signature de la Proposition par l'Assuré. Si l'âge ou le sexe d'un Assuré a été déclaré incorrectement, la prestation payable sera ramenée au montant qui aurait été prévu pour l'âge réel et/ou pour le sexe réel de l'Assuré selon les primes effectivement payées, sans toutefois excéder le Solde Assuré du Prêt. Si l'âge réel de l'Assuré excède l'âge auquel l'assurance prend fin, aucune prestation n'est payable en vertu de ladite assurance et le trop perçu de prime sera remboursé, sans intérêt.

ARTICLE 5. FAUSSE DÉCLARATION CONCERNANT LE STATUT DE TABAGISME

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

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

ARTICLE 6. SUICIDE DE L'ASSURÉ

En cas de suicide de l'Assuré dans les deux (2) premières années suivant la date de prise d'effet de l'assurance, que celui-ci soit sain d'esprit ou non, l'obligation de l'Assureur se limite à rembourser, sans intérêt, toutes les primes versées par l'Assuré, le cas échéant, et l'assurance sera automatiquement annulée rétroactivement à sa date de prise d'effet.

ARTICLE 7. REFINANCEMENT DU PRÊT

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

Reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur

Si, suite au Refinancement du Prêt, la nouvelle demande d'assurance est refusée, l'Assureur pourra, à la demande écrite de l'Assuré dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours de l'avis de refus, reconnaître l'assurance qui était en vigueur immédiatement avant le Refinancement, mais aux conditions de la nouvelle demande. Toute reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur est sujette à l'étude du dossier et sous réserve de l'exactitude des renseignements fournis depuis la première prise d'effet de l'assurance. Le montant d'assurance reconnu sera le Solde Assuré du prêt antérieur à la date du Refinancement, sans toutefois excéder le montant prévu à l'article « Prestation maximum » du nouveau certificat.

Pour un Assuré qui détenait l'assurance Invalidité au moment du Refinancement, le 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 hypothécaire 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.

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 cette date. Le Solde Assuré ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts, les taxes 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.

Par exemple, si le montant total du Prêt à la date de prise d'effet est de 625 000 \$, le Montant Initial Assuré sera de 500 000 \$ pour l'assurance-vie. La proportion en cas de décès sera de 500 000 / 625 000, soit un Solde Assuré de 80 % du solde du Prêt à la date du décès.

Si, à la date du décès de l'Assuré, le solde du Prêt est de 475 000 \$, la prestation-décès versée à la Banque sera de 380 000 \$.

Montant total du Prêt :	625 000 \$ à la date de prise d'effet de l'assurance
Montant Initial Assuré :	500 000 \$ (prestation maximum)
Calcul de la proportion :	500 000 / 625 000 = 80 %
Solde du Prêt :	475 000 \$ à la date du décès
Solde Assuré :	80 % x 475 000 \$ = 380 000 \$
Prestation-décès :	380 000 \$

ARTICLE 9. TABLEAU DES TAUX DE PRIMES MENSUELLES - PRÊT HYPOTHÉCAIRE

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 10 \$ de Versement Assuré	
	par 1 000 \$ de Montant Initial Assuré du Prêt						
	0 \$ à 124 999 \$	125 000 \$ à 500 000 \$		0 \$ à 150 000 \$		0 \$ à 2 000 \$ par mois	
Tous	Homme		Femme		Tous	Tous	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeur	Fumeur			
de 18 à 25 ans	0,12 \$	0,12 \$	0,19 \$	0,09 \$	0,14 \$	0,15 \$	0,17 \$
de 26 à 30 ans	0,12 \$	0,12 \$	0,20 \$	0,09 \$	0,16 \$	0,18 \$	0,17 \$
de 31 à 35 ans	0,13 \$	0,13 \$	0,20 \$	0,11 \$	0,18 \$	0,23 \$	0,24 \$
de 36 à 40 ans	0,20 \$	0,19 \$	0,26 \$	0,17 \$	0,23 \$	0,30 \$	0,29 \$
de 41 à 45 ans	0,29 \$	0,27 \$	0,40 \$	0,24 \$	0,33 \$	0,40 \$	0,38 \$
de 46 à 50 ans	0,44 \$	0,41 \$	0,64 \$	0,36 \$	0,49 \$	0,62 \$	0,46 \$
de 51 à 55 ans	0,55 \$	0,50 \$	0,87 \$	0,43 \$	0,62 \$	0,96 \$	0,58 \$
de 56 à 60 ans	0,70 \$	0,63 \$	1,15 \$	0,52 \$	0,78 \$	1,28 \$	0,74 \$
de 61 à 64 ans	0,90 \$	0,81 \$	1,45 \$	0,69 \$	1,00 \$	1,56 \$	0,93 \$

⁽¹⁾ À la signature de la Proposition.

Facteur selon le nombre d'Assurés :

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

Si plus d'un Assuré, multiplier la prime mensuelle de chacun des Assurés par 0,85.

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

Facteur selon la fréquence du versement hypothécaire :

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 hypothécaire.

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

PRÊT HYPOTHÉCAIRE – CALCUL DE LA PRIME

	ASSURÉ 1 Maladies Graves et Mutilation Accidentelle			ASSURÉ 2 Maladies Graves et Mutilation Accidentelle		
	Vie	Invalidité		Vie	Invalidité	
Taux de prime mensuelle	(1)	(3)	(5)	(1)	(3)	(5)
Montant Initial Assuré _____ / 1 000	(2)	(4)		(2)	(4)	
Versement Assuré _____ / 10			(6)			(6)
Montant de la prime (1) x (2) ou (3) x (4) ou (5) x (6)						
Facteur selon la fréquence du versement hypothécaire	X					
Facteur d'escompte si plus d'un Assuré	X					
Taxe (Québec 1,09 – Ontario et Manitoba 1,08)	X					
Total prime d'assurance-vie	(7)			(7)		
Total prime d'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle		(8)			(8)	
Total prime d'assurance Invalidité			(9)			(9)
Prime d'assurance totale (7) + (8) + (9)	(10)			(11)		
Prime totale pour le prêt (10) + (11)						

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 hypothécaires, 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 hypothécaire.

Délai de carence : Soixante (60) jours consécutifs.

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

Renouvellement du Prêt

Si l'Assuré est en Invalidité lors du renouvellement du Prêt ou d'un changement au niveau des taxes foncières (excluant les retards), la prestation d'Invalidité est alors révisée pour le nouveau versement hypothécaire calculé à la date du renouvellement, en conservant la date d'échéance initiale du Prêt, sans excéder 120 % du Versement Assuré 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

Le paiement des prestations cesse au premier des événements suivants :

- **Fin de l'Invalidité :** la date à laquelle l'Assuré n'est plus invalide, selon la définition d'Invalidité du présent certificat ;
- **Retour au travail :** la date à laquelle l'Assuré effectue un retour au travail à temps partiel, à temps plein ou progressif, ou qu'il obtient une assignation temporaire, que ce soit pour occuper les tâches normales de son emploi ou tout autre emploi, incluant des travaux légers ;
- **Activités avec compensation monétaire :** dès que l'Assuré se livre à une activité pour laquelle il reçoit une compensation monétaire ;
- **Preuves non soumises :** l'Assuré est en défaut de présenter les pièces justificatives demandées par l'Assureur ou de se soumettre à un examen médical ou à une évaluation par un consultant, requis par l'Assureur ;
- **Fin du Prêt :** 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 soixante-dix (70) ans ;
- **Décès :** le décès d'un Assuré, si une prestation d'assurance-vie remboursant le Solde Assuré du Prêt est payable à son égard ;
- **Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle :** le diagnostic d'une Maladie Grave ou d'une Mutilation Accidentelle à un Assuré, si une prestation d'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle remboursant la totalité du Solde Assuré pour l'assurance-vie est payable à son égard.

ARTICLE 11. PRESTATION DE MALADIES GRAVES

En cas de Maladie Grave, l'Assureur versera à la Banque la prestation de Maladies Graves 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, les taxes ou les primes en souffrance à la date du diagnostic de la Maladie Grave.

Pour un Assuré dont le Solde Assuré ne couvre pas la totalité du Prêt et qui ne possède pas l'assurance Invalidité sur son Prêt, l'Assureur pourra, sur demande écrite de l'Assuré, effectuer le paiement de la prestation sous forme de versements. Dans un tel cas, les versements seront équivalents aux versements hypothécaires de l'Assuré et pourront être versés pendant un maximum de vingt-quatre (24) mois consécutifs. Suite à la demande de l'Assuré de cesser les versements, ou suite à la période maximale de vingt-quatre (24) mois, l'Assureur versera à la Banque le Solde Assuré moins la somme des versements effectués, le tout sans intérêt.

Par exemple, pour un Solde Assuré de 114 000 \$ à la date du diagnostic d'une Maladie Grave et un versement hypothécaire de 600 \$ par mois, un Assuré peut demander une prestation sous formes de versements mensuels de 600 \$. Si, après 15 mois, l'Assuré demande de cesser les versements, l'Assureur versera à la Banque : 114 000 \$ - (15 x 600 \$) = 105 000 \$.

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.

Par exemple, si le montant total du Prêt à la date de prise d'effet de l'assurance est de 625 000 \$, le Montant Initial Assuré sera de 150 000 \$ pour l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle. La proportion en cas de Maladies Graves ou de Mutilation Accidentelle sera de 150 000 / 625 000, soit un Solde Assuré de 24 % du solde du Prêt à la date du diagnostic.

Si le solde du Prêt à la date du diagnostic est de 475 000 \$, la prestation de Maladies Graves versée sera de 114 000 \$. Suite au versement de cette prestation, 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, soit 80 % du solde du Prêt.

Montant total du Prêt :	625 000 \$ à la date de prise d'effet de l'assurance
Montant Initial Assuré :	150 000 \$ (prestation maximum)
Calcul de la proportion :	150 000 / 625 000 = 24 %
Solde du Prêt :	475 000 \$ à la date du diagnostic de la Maladie Grave
Solde Assuré :	24 % x 475 000 \$ = 114 000 \$
Prestation de Maladies Graves :	114 000 \$

ARTICLE 12. PRESTATION DE MUTILATION ACCIDENTELLE

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

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

Cette prestation est applicable au remboursement du Prêt, plus tout intérêt couru depuis la date du diagnostic de Mutilation Accidentelle. Si la Mutilation Accidentelle entraîne l'Invalidité, la prestation de Mutilation Accidentelle et la prestation d'Invalidité, s'il y a lieu, seront versées.

Le total des prestations payables pour des pertes résultant de un ou plusieurs Accidents ne peut excéder le montant prévu à l'article « Prestation maximum » du présent certificat.

Le versement d'une prestation de Mutilation Accidentelle de 100 % du Solde Assuré met fin à l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle de tous les Assurés. Si la prestation est de moins de 100 %, l'assurance demeurera en vigueur sur le 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.

Par exemple, si le montant total du Prêt à la date de prise d'effet de l'assurance est de 625 000 \$, le Montant Initial Assuré sera de 150 000 \$ pour l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle. La proportion en cas de Maladies Graves ou de Mutilation Accidentelle sera de 150 000 / 625 000, soit un Solde Assuré de 24 % du solde du Prêt à la date du diagnostic.

Si le solde du Prêt à la date du diagnostic est de 475 000 \$, le Solde Assuré sera de 114 000 \$, soit 24 % du solde du Prêt. La prestation de Mutilation Accidentelle versée en cas de perte d'un membre sera de 28 500 \$, soit 25 % du Solde Assuré. Suite au versement de cette prestation, l'assurance-vie et l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle demeureront en vigueur pour tous les Assurés, sur le nouveau solde du Prêt et selon la même proportion qu'à l'adhésion.

Montant total du Prêt :	625 000 \$ à la date de prise d'effet de l'assurance
Montant Initial Assuré :	150 000 \$ (prestation maximum)
Calcul de la proportion :	150 000 / 625 000 = 24 %
Solde du Prêt :	475 000 \$ à la date du diagnostic de Mutilation Accidentelle
Solde Assuré :	24 % x 475 000 \$ = 114 000 \$
Perte d'un membre :	25 % x 114 000 \$ = 28 500 \$
Prestation de Mutilation Accidentelle :	28 500 \$

ARTICLE 13. PRESTATION MAXIMUM

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

Vie : 500 000 \$	Maladies Graves et Mutilation Accidentelle : 150 000 \$	Invalidité : 2 000 \$ par mois
------------------	---	--------------------------------

Dans le cas où des primes auraient été versées pour une prestation supérieure à la prestation maximum, la différence de prime sera remboursée. La prestation maximum d'Invalidité exclut le remboursement de la prime d'assurance. En cas de tranches multiples, le montant d'assurance sera attribué en premier lieu à la tranche ayant le terme le plus long et ainsi de suite jusqu'à atteindre le montant maximum.

ARTICLE 14. MULTIPLES ASSURÉS

Deux (2) Assurés ou plus peuvent être couverts en vertu du même Prêt. Pour l'assurance-vie et Maladies Graves, la prestation est payable au premier événement seulement. Pour l'assurance Invalidité, le montant de la prestation d'Invalidité ne peut en aucun cas excéder le montant du versement hypothécaire 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 le montant prévu à l'article « Prestation maximum » du présent certificat.

ARTICLE 15. DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations pour un Événement Assuré qui persiste après l'expiration du Délai de carence, si applicable, doit être signalée à l'Assureur. Les documents requis, accompagnés des pièces justificatives et de toute autre information pertinente, devront être transmis à l'Assureur au plus tard un (1) an à compter de la date de l'Événement Assuré. Si l'Assureur ne reçoit pas les documents et toute l'information utile à l'intérieur de ce délai d'un (1) an, l'Assuré perd son droit aux prestations pour les protections d'assurance Invalidité, Maladies Graves et Mutilation Accidentelle.

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

ARTICLE 16. RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

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

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

- **Guerre** : de la guerre ou de tout acte de guerre, que l'Assuré y ait participé ou non, sauf si l'Assuré y agissait à titre de membre des Forces canadiennes ou de la réserve des Forces canadiennes ;
- **Émeute** : de toute participation active à une agitation populaire, émeute ou insurrection ;
- **Stupéfiants** : d'usage de stupéfiants sans ordonnance médicale ;
- **Aéronef** : d'une participation active à un vol dans un aéronef, que ce soit à titre de pilote, membre d'équipage, instructeur ou étudiant ;
- **Tentative de suicide ou d'une automutilation volontaire** : d'une tentative de suicide ou d'une automutilation volontaire, que l'Assuré soit sain d'esprit ou non ;

- **Conditions préexistantes** : des suites d'une Maladie et/ou symptômes ou d'un Accident lorsqu'un décès, une Maladie Grave, une Mutilation Accidentelle ou une Invalidité survient au cours des douze (12) mois qui suivent la date de prise d'effet de l'assurance et que l'Assuré a, pour cette Maladie et/ou ces symptômes, blessure ou toute autre cause connexe résultant directement ou indirectement de cet Accident ou Maladie, consulté ou reçu des traitements d'un médecin ou d'un autre professionnel faisant partie d'une association ou d'une corporation professionnelle de la santé, subi des examens, fait usage de médicaments, été hospitalisé, au cours des douze (12) mois précédant la prise d'effet de l'assurance ;
- **Exclusions spécifiques à l'Assuré** : de toutes exclusions spécifiques à l'Assuré tel que stipulé à l'avenant d'exclusion émis par l'Assureur comme conditions d'acceptation du dossier (s'il y a lieu).

Concernant l'assurance Invalidité exclusivement :

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

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

Concernant l'assurance Maladies Graves exclusivement :

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

- **Cancer : Période moratoire d'exclusion** : *Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si : Dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance, l'Assuré a :*
 - o *présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou non dans la Police), sans égard à la date du diagnostic ; ou*
 - o *fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou non dans la Police).*

L'Assuré doit rapporter cette information à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Si l'Assuré ne divulgue pas cette information, l'Assureur a le droit de refuser toute réclamation pour un Cancer ou pour toute Maladie Grave causée par un Cancer ou par son traitement.

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

ARTICLE 17. CESSATION DE L'ASSURANCE

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

- **Non-paiement des primes** : un retard de plus de trois (3) mois de versements en remboursement du Prêt et du paiement des primes ;
- **Annulation** : la date à laquelle l'Assuré annule volontairement son assurance si l'Assureur en est avisé par écrit avant cette date, sinon la date de réception de l'avis écrit par l'Assureur ou l'annulation de la Police d'assurance collective ;
- **Fin du Prêt** : la date à laquelle le Prêt est remboursé en totalité, quelle que soit la raison, la fin de la période d'amortissement, la date d'expiration du Prêt ou la date de fermeture du Prêt ;
- **Prise en charge** : la date à laquelle le Prêt est pris en charge par un autre créancier ou que ce Prêt (ou une part du Prêt) est assumé par un autre débiteur non assuré par un certificat d'assurance relatif audit Prêt ;
- **Assumption** : la date à laquelle le Prêt ou une part du Prêt est assumé par un co-assuré ou un autre débiteur ;
- **Cession** : pour un Prêt hypothécaire, 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 Solde Assuré du Prêt est payable à son égard ;
- **Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle** : le diagnostic d'une Maladie Grave ou d'une Mutilation Accidentelle à un Assuré, si une prestation d'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle remboursant la totalité du Solde Assuré pour l'assurance-vie est payable à son égard ;
- **Concernant l'assurance Invalidité et l'assurance Maladies Graves et Mutilation Accidentelle** : la date à laquelle la garantie d'assurance-vie prend fin.

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

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

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

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

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

ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

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

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.