BANQUE NATIONALE
ASSURANCES

800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3

PROPOSITION D'ASSURANCE-PRÊT AUX PARTICULIERS – BILLET À DEMANDE

Vie Nº 70008-06 (2019-12-09)

❒ Nouvelle demande ❒ Ajout d'assuré ❒ Refinancement : Ancien nº de prêt : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT

Nº client 1 | Nº client 2

Transit | Nº de prêt

$ _____
Montant autorisé ou solde du prêt au moment de l'adhésion à l'assurance

Date d'autorisation (AAAA MM JJ) | Date prévue du déboursé (AAAA MM JJ)

IDENTIFICATION

Client 1

Nom de famille | Prénom

Sexe : ❒ M ❒ F

Date de naissance (AAAA MM JJ) | Adresse électronique

Adresse (nº, rue, app, ville, province et code postal)

Client 2

Nom de famille | Prénom

Sexe : ❒ M ❒ F

Date de naissance (AAAA MM JJ) | Adresse électronique

Adresse (nº, rue, app, ville, province et code postal)

ADMISSIBILITÉ

Pour demander l'assurance vous devez, au moment de la demande d'assurance :

Assurance-vie

- Être âgé de 18 à 64 ans et
- Être résident du Canada ou des États-Unis et
- Être soit emprunteur, coemprunteur, garant, caution ou endosseur.

DEMANDE – RENONCIATION – NON-ADMISSIBILITÉ

Client 1	Je demande	Je renonce à	Je suis non admissible à
l'assurance-vie	❒	❒	❒

Date (AAAA MM JJ) | X _____ Signature du client 1

Client 2	Je demande	Je renonce à	Je suis non admissible à
l'assurance-vie	❒	❒	❒

Date (AAAA MM JJ) | X _____ Signature du client 2

Aucun employé de la Banque Nationale du Canada ni aucune autre personne ne peut modifier la présente proposition d'assurance. Tout formulaire modifié ou incomplet sera nul.

SPÉCIMEN

BANQUE NATIONALE
ASSURANCES

Si le total des prêts assurés du même type est de 200 000 $ et plus, passez à la section **INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**. Si le total des prêts assurés du même type est de 25 000 $ et plus et de moins de 200 000 $, ou si vous êtes âgé de 55 ans et plus, complétez la **DÉCLARATION DE SANTÉ**.
Si le total des prêts assurés du même type est de moins de 25 000 $ et que vous avez moins de 55 ans, vous êtes assuré automatiquement, passez à la section **INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**.

DÉCLARATION DE SANTÉ

		Client 1		Client 2	
		Oui	Non	Oui	Non
a)	**Au cours des trois (3) dernières années :** • Avez-vous consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical, un suivi médical, souffert ou été diagnostiqué, ou êtes-vous en investigation actuellement, pour l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants : - troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins - douleurs à la poitrine ou angine - troubles sanguins incluant cholestérol - troubles de la tension artérielle - tumeur ou cancer - dystrophie musculaire - sclérose en plaques - SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique - troubles pulmonaires ou respiratoires - troubles digestifs - troubles du foie - troubles de l'intestin - troubles des reins - troubles du système urinaire - troubles des organes génitaux, et des seins - troubles neurologiques (incluant le tunnel carpien) - diabète ou intolérance au glucose - troubles psychologiques ou psychiatriques (tels que dépression, anxiété, surmenage, épuisement professionnel, etc.) • **Avez-vous fait usage de drogue sans ordonnance médicale ou avez-vous subi un traitement ou joint un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation d'alcool?**	❒	❒	❒	❒
b)	**Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été hospitalisé pour cause d'accident ou de maladie pour une période de plus de quarante-huit (48) heures consécutives?**	❒	❒	❒	❒
c)	**Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous soumis une demande d'assurance-vie ou d'assurance maladie qui a fait l'objet d'une surprime, d'un refus ou d'une restriction?**	❒	❒	❒	❒

Si le total de vos prêts assurés du même type est de 25 000 $ et plus et de moins de 200 000 $ et que vous avez répondu « Non » à toutes les questions de la Déclaration de santé, vous êtes assuré automatiquement, sous réserve de la véracité des informations fournies.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (À compléter obligatoirement par tous les clients)

Il est possible qu'un représentant de l'Assureur communique avec vous. Veuillez indiquer le meilleur moment et le numéro de téléphone pour vous joindre.
Si un questionnaire détaillé est nécessaire, vous avez la possibilité de choisir la langue. Veuillez indiquer votre préférence :

Client 1

Choix de langue : _____

❒ Jour — N° de téléphone _____ Poste _____

❒ Soir — N° de téléphone _____ Poste _____

Client 2

Choix de langue : _____

❒ Jour — N° de téléphone _____ Poste _____

❒ Soir — N° de téléphone _____ Poste _____

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Assureur recueille, utilise et communique vos renseignements personnels notamment pour :

- vérifier votre identité
- vous fournir l'assurance-prêt demandée;
- prévenir la fraude, gérer les risques et se conformer aux lois
- permettre à l'Assureur d'améliorer et développer ses produits et services et mieux connaître ses clients
- permettre à l'Assureur, à la Banque Nationale ou à ses filiales de présenter des offres et autres communications promotionnelles ou celles de ses partenaires d'affaires, sauf si vous refusez
- toute autre fin prévue dans la Politique de protection des renseignements personnels de la Banque Nationale et ses filiales, disponible sur le bnc.ca.

La politique mentionne entre autres quels renseignements l'Assureur recueille, à qui il les communique et comment ils sont utilisés et conservés, quels sont vos options et vos droits, et comment gérer vos consentements.

Afin de vérifier votre assurabilité pour l'assurance-prêt, l'Assureur pourra aussi recueillir des renseignements auprès de tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseurs, mandataires, compagnie s'assurance ou tout autre ou organisme détenant des renseignements sur vous ou votre état de santé, dont le MIB, LLC, un organisme qui maintient une base de données de renseignements sur les assurés et que les assureurs peuvent consulter dans le cadre de processus de souscription d'assurance.

De plus, l'Assureur peut aussi communiquer tout renseignement sur votre état de santé ou toute autre information pertinente à l'assurance-prêt vous concernant au MIB, LLC ou à ses réassureurs.

Vos renseignements personnels seront conservés par l'Assureur pour une durée raisonnable à la suite de la fin de la relation d'affaires pour respecter ses obligations légales.

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec l'Officier d'accès aux renseignements personnels en écrivant au 800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3.

SPÉCIMEN

BANQUE NATIONALE
ASSURANCES

DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

JE CERTIFIE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PRÉSENTE PROPOSITION, INCLUANT LA DÉCLARATION DE SANTÉ, SONT VÉRIDIQUES. JE COMPRENDS que toute omission ou fausse déclaration dans la présente déclaration entraîne automatiquement l'annulation de mon assurance.

J'ACCEPTE d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance collective et J'AUTORISE l'Assureur et la Banque Nationale du Canada à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour des fins fiscales et pour traiter mes réclamations.

JE COMPRENDS que toute prestation d'assurance payable en vertu de ladite police d'assurance collective doit être versée à la Banque Nationale du Canada pour être appliquée en totalité à la portion assurée de ma dette.

JE COMPRENDS qu'au cours de la période pendant laquelle des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur et **avant la réception, chez l'Assureur, de tous les tests ou de tous les formulaires de preuve médicale requis par celui-ci, que les prestations ne sont payables que si le décès résulte d'un accident et survient dans les cent vingt (120) premiers jours suivant la date du début du versements des primes. Ce délai est de quatre-vingt-dix (90) jours si des preuves d'assurabilité n'ont jamais été soumises.**

J'AUTORISE la Banque Nationale du Canada à percevoir le montant de ma primeselon la modalité prévue pour le type de prêt concerné par la présente demande.

Les renseignements que j'ai fournis à l'Assureur dans le cadre de cette proposition sont exacts et je m'engage à aviser immédiatement l'Assureur, par écrit, de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin qu'elle puisse mettre à jour ses dossiers.

J'ai lu les conditions énoncées dans la section « Collecte, utilisation et communication de vos renseignements personnels » de cette proposition et je les accepte

J'ai pris connaissance de la Politique de protection des renseignements personnels de l'Assureur.

JE COMPRENDS que l'adhésion à l'assurance-prêt signifie que j'accepte les conditions de cette Politique.

JE COMPRENDS que je peux limiter la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels de la façon prévue dans cette Politique

Si j'ai fourni des renseignements personnels sur une autre personne, je confirme que je suis autorisé à le faire.

J'AUTORISE l'Assureur et ses réassureurs à recueillir des renseignements à mon égard auprès de tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseur, mandataire, compagnie d'assurance, du MIB, LLC ou de tout autre organisme ou institution.

J'AUTORISE l'Assureur ou ses réassureurs à communiquer mes renseignements personnels au MIB, LLC.

JE COMPRENDS QUE CETTE ASSURANCE EST FACULTATIVE. JE DÉCLARE AVOIR REÇU ET AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE TOUTES LES DISPOSITIONS DE LA PRÉSENTE PROPOSITION D'ASSURANCE ET DU CERTIFICAT D'ASSURANCE INCLUANT LES EXCLUSIONS ET LES RESTRICTIONS. JE DÉCLARE AVOIR REÇU LE SOMMAIRE ET, AU QUÉBEC SEULEMENT, LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS. JE CHOISIS LA PROTECTION DE CETTE ASSURANCE QUI RÉPOND LE MIEUX À MA SITUATION ET À MES BESOINS FINANCIERS.

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ – ACCORD DE DPA DU PAYEUR

☒ Personnel ☐ Entreprise

Autorisation de retrait (fréquence et montant des débits) : je, soussigné(e), autorise l'Assureur, ses successeurs, cessionnaires éventuels ou ayants droit, à effectuer, à partir de maintenant, des débits préautorisés (DPA) personnels dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessous, selon la même fréquence que le remboursement du prêt, tel que déterminé par le soussigné.

Chaque retrait correspond à un montant fixe, qui pourrait être modifié, notamment suivant la non-acceptation du prélèvement de la prime, pourvu que l'Assureur me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du prélèvement tel que modifié ou à un montant variable, selon le produit d'assurance.

Renonciation : Je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement et je renonce à mon droit de recevoir le préavis en cas de changement du montant du prélèvement.

Changement ou annulation : Je m'engage à informer l'Assureur, au moins cinq (5) jours avant le prochain prélèvement prévu, de toute modification des renseignements sur le compte bancaire et changement du jour de la perception. **J'autorise** aussi l'Assureur à effectuer les prélèvements sur un autre compte, suivant mes instructions verbales ou écrites. Dans le cas d'un compte conjoint, l'expression « je » utilisée dans la présente s'entend de tous les signataires.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que l'Assureur ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. **Je peux révoquer** mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de trente (30) jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. **Je dégage** l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Remboursement : J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA personnel. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Consentement à la communication de renseignements : Je consens et comprends que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé seront communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

AUTORISATION DE PAIEMENT ET RENSEIGNEMENT SUR LE COMPTE BANCAIRE

Nom et adresse de l'institution financière où est détenu le compte

N° du compte | Transit | N° de l'institution

Bénéficiaire du débit préautorisé
Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie
800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3
Téléphone : 1 877 871-7500 Télécopieur : 514 394-6604

X
Date (AAAA MM JJ) | Signature du client 1

X
Date (AAAA MM JJ) | Signature du client 2

DÉCLARATION DU TÉMOIN

Je déclare avoir été présent lorsque cette proposition a été remplie et avoir été témoin de toutes les signatures qui y sont apposées et j'ai remis le certificat d'assurance et, au Québec seulement, j'ai remis le Sommaire.

X
Date (AAAA MM JJ) | Signature de l'employé | Prénom et nom de l'employé

SPÉCIMEN

Votre certificat d'assurance

Assurance-vie

BILLET À DEMANDE

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

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

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

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

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

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

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

Banque : Banque Nationale du Canada.

Événement Assuré : Décès, selon la Police d'assurance collective concernée.

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

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.

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

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

Prêt : Billet à demande.

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

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

Résident : Toute personne qui réside au Canada ou aux États-Unis, qui y est domiciliée et qui y a été présente 183 jours consécutifs au cours des douze mois précédant la signature de la Proposition d'assurance.

ARTICLE 2. ADMISSIBILITÉ

Le proposant doit satisfaire aux conditions d'admissibilité de la partie « Admissibilité » de la Proposition et satisfaire aux exigences de l'Assureur quant à son état de santé. 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 au besoin pour effectuer la sélection des risques relativement à la présente demande. Tous frais engagés pour un examen médical non requis par l'Assureur sont à la charge de l'Assuré.

ARTICLE 3. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

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

Lorsque des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur et avant la réception de tous les tests ou de tous les formulaires de preuve médicale requis par l'Assureur, les prestations ne sont payables que si le décès ou l'Invalidité résulte d'un Accident et survient dans les cent vingt (120) premiers jours suivant la date du début du versement des primes. Ce délai est de quatre-vingt-dix (90) jours si des preuves d'assurabilité n'ont jamais été soumises. Toutefois, si le décès 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 sont jugées insatisfaisantes par l'Assureur, aucune assurance ne lui est accordée. Dans le cas où l'assurance est refusée par l'Assureur, toute prime payée par le proposant lui sera remboursée.

SPECIMEN

MD Le logo BANQUE NATIONALE ASSURANCES est une marque de commerce déposée de la Banque Nationale du Canada, utilisée sous licence par certaines de ses filiales.

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

ARTICLE 5. 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 : taux de primes, âge du client et montant du Prêt à la date de signature de la nouvelle demande. Toutefois, si elle est refusée, l'Assureur pourra, à la demande écrite du client dans un délai de 90 jours de l'avis de refus, maintenir l'assurance en vigueur mais aux conditions de la nouvelle demande (suite à l'étude du dossier et sous véracité des renseignements fournis). Le montant d'assurance maintenu sera le solde assuré de l'ancien Prêt.

ARTICLE 6. PRESTATION-DÉCÈS

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

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

ARTICLE 7. 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 $

Dans le cas où des primes auraient été versées pour une prestation supérieure à la prestation maximum, la différence de prime sera remboursée.

ARTICLE 8. MULTIPLES ASSURÉS

Deux Assurés ou plus peuvent être couverts en vertu du même Prêt. Pour l'assurance-vie, la prestation est payable au premier Événement seulement.

ARTICLE 9. DEMANDE DE PRESTATIONS

Toute demande de prestations pour un Événement Assuré doit être signalée à l'Assureur.

Les documents doivent être transmis à l'Assureur aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.

ARTICLE 10. TABLEAU DES TAUX DE PRIMES MENSUELLES – BILLET À DEMANDE

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** Par 1 000 $ de Montant Initial Assuré du Prêt **0$ à 500000$**
de 18 à 25 ans	0,30 $
de 26 à 30 ans	0,30 $
de 31 à 35 ans	0,30 $
de 36 à 40 ans	0,30 $
de 41 à 45 ans	0,30 $
de 46 à 50 ans	0,41 $
de 51 à 55 ans	0,59 $
de 56 à 60 ans	0,82 $
de 61 à 64 ans	1,15 $
de 65 à 70 ans*	1,75 $

* s'applique au renouvellement seulement

[1] À la signature de la Proposition.

Facteur selon le nombre d'Assuré :	**Vie**
Multiplier la prime du plus vieil Assuré par le facteur correspondant au nombre d'Assurés sur le Prêt :	1 Assuré 100 %
	2 Assurés 180 %
	3 Assurés 270 %
	4 Assurés 360 %
	5 Assurés 450 %

Ajouter la taxe sur primes applicable : Les taux de taxes applicables sont disponibles sur le site www.bnc.ca.

SPÉCIMEN

BILLET À DEMANDE – CALCUL DE LA PRIME

Âge du plus vieil Assuré		Ans
		Vie
Taux de prime mensuelle		(1)
Montant Initial Assuré _____ / 1 000		(2)
Montant de la prime (1) x (2)		
Facteur selon le nombre d'Assurés	X	%
Taxes si applicable	X	
Total prime d'assurance-vie		

ARTICLE 11. RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Concernant l'assurance-vie :

Aucune prestation n'est payable pour un décès résultant directement ou indirectement :

- **Guerre :** de la guerre ou de tout acte de guerre, que l'Assuré y ait participé ou non ;
- **Émeute :** de toute participation active à une agitation populaire, émeute ou insurrection ;
- **Stupéfiants :** d'usage de stupéfiants sans ordonnance médicale ;
- **Aéronef :** d'une participation active à un vol dans un aéronef, que ce soit à titre de pilote, membre d'équipage, instructeur ou étudiant ;
- **Armée :** d'actes ou de manœuvres militaires faits par l'Assuré dans le but de défendre ou protéger n'importe quel pays alors qu'il est à l'emploi à temps plein ou à temps partiel dans les Forces Armées ;
- **Suicide :** d'un acte de suicide qui survient dans les deux (2) premières années suivant la prise d'effet de la couverture d'assurance, que l'Assuré soit sain d'esprit ou non ;
- **Conditions préexistantes :** des suites d'une Maladie et/ou symptômes ou d'un Accident lorsqu'un décès 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.

ARTICLE 12. 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 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 ;
- **Âge maximum :** le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans ;
- **Décès :** le décès d'un Assuré, si une prestation d'assurance-vie remboursant le Prêt est payable à son égard.

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*.

SPÉCIMEN

AVIS CONCERNANT MIB, LLC

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Toutefois, l'Assureur ou son réassureur peut en communiquer un résumé au MIB, LLC, 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, LLC lui fournira, sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers.

Le MIB, LLC vous transmettra sur demande tous renseignements qu'il possède à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements consignés au MIB, LLC, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant au MIB, LLC, 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.

COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Assureur recueille, utilise et communique vos renseignements personnels notamment pour :

- vérifier votre identité
- vous fournir l'assurance-prêt demandée;
- prévenir la fraude, gérer les risques et se conformer aux lois
- permettre à l'Assureur d'améliorer et développer ses produits et services et mieux connaître ses clients
- permettre à l'Assureur, à la Banque Nationale ou à ses filiales de présenter des offres et autres communications promotionnelles ou celles de ses partenaires d'affaires, sauf si vous refusez
- toute autre fin prévue dans la Politique de protection des renseignements personnels de la Banque Nationale et ses filiales, disponible sur le bnc.ca.

La politique mentionne entre autres quels renseignements l'Assureur recueille, à qui il les communique et comment ils sont utilisés et conservés, quels sont vos options et vos droits, et comment gérer vos consentements.

Afin de vérifier votre assurabilité pour l'assurance-prêt, l'Assureur pourra aussi recueillir des renseignements auprès de tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseurs, mandataires, compagnie s'assurance ou tout autre ou organisme détenant des renseignements sur vous ou votre état de santé, dont le MIB, LLC, un organisme qui maintient une base de données de renseignements sur les assurés et que les assureurs peuvent consulter dans le cadre de processus de souscription d'assurance (voir Avis concernant le MIB, LLC.

De plus, l'Assureur peut aussi communiquer tout renseignement sur votre état de santé ou toute autre information pertinente à l'assurance-prêt vous concernant au MIB, LLC ou à ses réassureurs.

Vos renseignements personnels seront conservés par l'assureur pour une durée raisonnable à la suite de la fin de la relation d'affaires pour respecter ses obligations légales.

Assurance-vie Banque Nationale a mis en place une série de mesures afin de préserver la confidentialité de vos renseignements personnels. Nous avons constitué un dossier d'assurance dans lequel sont inclus tous les renseignements personnels obtenus dans le cadre de votre demande d'assurance et de toute réclamation faite en vertu de cette assurance. Seuls les employés ou agents responsables de la souscription, de l'administration, des enquêtes et des réclamations ou le réassureur, le cas échéant, ont accès à ce dossier. Tous les dossiers sont conservés à nos bureaux.

Chaque personne en droit de le faire (vous ou toute personne autorisée) peut accéder à ses propres renseignements personnels contenus dans ce dossier et peut, au besoin, demander qu'ils soient corrigés en écrivant à : Assurance-vie Banque Nationale, Officier d'accès aux renseignements personnels, 800, rue Saint-Jacques, bureau 16701, Montréal (Québec) H3C 1A3.

Pour plus de renseignements, consultez notre politique de confidentialité, disponible sur le site assurances-bnc.ca/confidentialite.html.

SPECIMEN

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.

MD Le logo BANQUE NATIONALE ASSURANCES est une marque de commerce déposée de la Banque Nationale du Canada, utilisée sous licence par certaines de ses filiales.