

Assurance prêt

Contrat d'assurance collective 9000-A

Garanties d'assurance vie, mutilation accidentelle et invalidité

Aux fins de ce certificat, la forme masculine comprend le féminin, à moins qu'une signification différente ne soit requise du contexte. En outre, le singulier doit inclure le pluriel si nécessaire.

1. Définitions

À moins d'indications contraires, les termes utilisés aux présentes conservent leur signification habituelle. Toutefois, les termes en **gras et en italique** dans le présent document ont la signification suivante:

Accident: tout événement attribuable à une cause externe de nature soudaine et imprévisible qui occasionne des blessures physiques directement et indépendamment de toute autre cause, le tout étant certifié par un médecin. Cette définition exclut toute forme de **Maladie** ou de processus dégénératif, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale.

Invalidité totale: l'état d'incapacité qui empêche la **Personne assurée** d'exercer toutes et chacune des fonctions habituelles de son emploi régulier pendant la période d'attente et les 12 mois qui suivent ce délai. Si cet état persiste plus de 12 mois, il doit empêcher la **Personne assurée** d'exercer tout **Travail rémunéré** auquel sa formation, son instruction et son expérience l'ont convenablement préparé. L'invalidité doit être constatée par un médecin et résulter d'un **Accident** ou d'une **Maladie** et exiger des soins médicaux continus. Si la **Personne assurée** est sans emploi au début de l'invalidité, l'état d'incapacité est celui qui l'empêche d'exercer chacune des activités normales d'une personne du même âge.

Maladie: toute détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs, effectivement donnés par un médecin et considérés comme satisfaisants par l'**Assureur** et dont le défaut de soins entraînerait une détérioration de l'état de santé de la personne.

Personnellement responsable: un emprunteur, coemprunteur ou endosseur.

Personne assurée: une personne qui rencontre les critères d'admissibilité à l'assurance prévus à l'article 2. *Critère d'admissibilité à l'assurance*, qui a adhéré à l'assurance conformément à l'article 3. *Adhésion et entrée en vigueur de l'assurance* et dont la couverture d'assurance est en vigueur.

Assureur

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

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

Téléphone Montréal: 514 871-7500
Ailleurs: 1 877 871-7500

Distributeur de l'assurance

→ **Banque Nationale du Canada**

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

Téléphone Montréal: 514 394-5555
Ailleurs: 1 888 835-6281



Prêt: soit un prêt personnel, un **Prêt hypothécaire**, une marge de crédit personnelle ou une marge de crédit hypothécaire consenti par la Banque Nationale du Canada.

Prêt hypothécaire: prêt hypothécaire composé soit d'un prêt unique ou d'une ou plusieurs tranches d'un prêt hypothécaire consenti par la Banque Nationale du Canada.

Professionnel de la santé: tout professionnel de la santé qui est membre en règle de sa corporation ou de son association professionnelle et qui exerce dans les limites de sa compétence, selon ce qui est prévu par la loi.

Travail rémunéré: travail pour lequel la Personne assurée reçoit un salaire de son employeur ou travail pour lequel elle est rémunérée à titre de travailleur autonome pour la réalisation de travaux, ou la prestation de services.

2. Critères d'admissibilité à l'assurance

Chaque personne qui souhaite adhérer à l'assurance doit rencontrer les critères suivants à la date où sa demande d'adhésion à l'assurance est soumise:

Pour la garantie d'assurance vie et mutilation accidentelle:

- Être âgée de 18 à 64 ans inclusivement;
- Résider à temps plein au Canada;
- Être **Personnellement responsable** d'un **Prêt**; et
- Choisir cette assurance pour garantir le remboursement d'un **Prêt** tout en tenant compte des limites énoncées à l'article 7.2 *Pour la garantie d'assurance vie* et du montant de couverture maximale définie à l'article 7.1 *Couverture d'assurance maximale*.

Pour la garantie d'assurance invalidité:

- Être âgée de 18 à 59 ans inclusivement;
- Résider à temps plein au Canada;
- Avoir effectué au cours de chacune des 4 semaines précédant la demande d'assurance, un **Travail rémunéré** et permanent d'au moins 20 heures par semaine à titre de salarié ou un **Travail rémunéré** à titre de travailleur autonome; et
- Choisir cette assurance pour garantir le remboursement d'un prêt personnel ou d'un **Prêt hypothécaire** tout en tenant compte des limites énoncées à l'article 7.4 *Pour la garantie d'assurance invalidité* et du montant de couverture maximale définie à l'article 7.1 *Couverture d'assurance maximale*.

3. Adhésion et entrée en vigueur de l'assurance

L'adhésion à l'assurance est facultative. Il est possible d'adhérer uniquement à la garantie d'assurance vie et mutilation accidentelle, ou d'adhérer à la garantie d'assurance vie et mutilation accidentelle et à la garantie d'assurance invalidité. Il n'est pas possible d'adhérer uniquement à la garantie d'assurance invalidité.

Pour un **Prêt hypothécaire** ou une marge de crédit, il est possible d'adhérer à l'assurance en tout temps. Pour un prêt personnel, l'adhésion à l'assurance est seulement possible au moment de la demande de prêt.

La demande d'adhésion à l'assurance doit être effectuée à l'aide du formulaire de proposition d'assurance prévu à cet effet. Tel qu'indiqué à la section 4 de ce formulaire, il est possible que l'**Assureur** doive procéder à une analyse de la demande, en fonction de la valeur de la couverture d'assurance demandée et des réponses fournies aux sous-sections 4.1 et 4.2 de ce formulaire.

La couverture d'assurance débute:

- Si aucune analyse de l'**Assureur** n'est requise en vertu de la section 4 du formulaire de proposition d'assurance: à la plus tardive de la date de la signature du formulaire de proposition d'assurance et de la date à laquelle la Banque Nationale du Canada débourse les fonds;
- Si une analyse de l'**Assureur** est requise en vertu de la section 4 du formulaire de proposition d'assurance: à la plus tardive de la date à laquelle l'**Assureur** accepte la demande d'adhésion à l'assurance et de la date à laquelle la Banque Nationale du Canada débourse les fonds.

Si les critères d'admissibilité ne sont pas rencontrés ou si la demande d'adhésion à l'assurance est refusée par l'**Assureur** au terme de son analyse, aucune assurance ne sera accordée et toute prime payée sera remboursée.

3.1 Couverture d'assurance temporaire

Si une analyse de l'**Assureur** est requise en vertu de la section 4 du formulaire de proposition d'assurance, le demandeur qui souhaite adhérer à l'assurance bénéficie d'une couverture d'assurance temporaire pendant la durée de l'analyse, sans toutefois excéder une période maximale de 90 jours à compter de la date de signature du formulaire de proposition d'assurance. En cas de décès résultant directement d'un **Accident** survenu pendant cette période, l'**Assureur** versera à la Banque Nationale du Canada la prestation d'assurance vie, calculée conformément à l'article 7. *Couverture d'Assurance*.



4. Prime

Le montant de la prime payable à l'**Assureur** est indiqué sur la proposition d'assurance. Il dépend, entre autres choses, du type de **Prêt**, de son montant, de sa durée, du nombre de **Personnes assurées**, de leur âge et des garanties d'assurance choisies.

Pour un prêt personnel, les options de paiement de la prime sont indiquées sur la proposition d'assurance.

Pour un **Prêt hypothécaire**, la prime est perçue périodiquement et continue d'être payable même si une **Personne assurée** est en période d'**Invalidité totale**.

Pour une marge de crédit, la prime est perçue périodiquement. Le taux de prime sera ajusté lors d'un changement de groupe d'âge de la **Personne assurée** ou lors d'une révision périodique. Les taux de prime peuvent être consultés dans le sommaire ou dans la police d'assurance collective 9000-A.

5. Fin de l'assurance

La **Personne assurée** peut mettre fin à l'assurance en tout temps, pourvu qu'elle soumette sa demande à l'**Assureur**.

Si la demande d'annulation est reçue dans les 20 jours de la signature de la proposition d'assurance, l'assurance sera résiliée et toute prime perçue sera alors remboursée.

L'assurance prend fin le premier jour du mois qui suit le premier des événements suivants:

- a) L'acquittement du prêt visé par l'assurance;
- b) La date à laquelle le **Prêt** visé par l'assurance est pris en charge par une autre institution financière;
- c) Dans le cas de la garantie d'assurance vie et mutilation accidentelle, lorsque la **Personne assurée** atteint l'âge de 70 ans;
- d) Dans le cas de la garantie d'assurance invalidité, lorsque la **Personne assurée** atteint l'âge de 65 ans;
- e) Au refinancement ou à l'augmentation du **Prêt hypothécaire** ou de la marge de crédit visé par l'assurance;
- f) Lorsque le paiement de la prime ou du versement est en retard de plus de deux mois (s'applique au **Prêt hypothécaire** et à la marge de crédit seulement);
- g) La date à laquelle la **Personne assurée** demande que son assurance en vertu du présent contrat soit résiliée;
- h) La date à laquelle l'immeuble donné en garantie est pris en paiement par la Banque Nationale du Canada ou la date d'une ordonnance de saisie, ou la date de toute vente ou de toute disposition judiciaire des biens constituant la garantie;

- i) La date à laquelle la **Personne assurée** n'est plus personnellement responsable du **Prêt** visé par l'assurance;
- j) La date à laquelle la **Personne assurée** décède;
- k) La terminaison de la police d'assurance collective 9000-A (Assurance prêt);
- l) Les clauses c), d) et i) s'appliquent individuellement à chaque **Personne assurée**.

Pour un **Prêt hypothécaire** ou une marge de crédit, la prime cessera d'être prélevée lors du prochain cycle de facturation.

Pour un prêt personnel à l'égard duquel une prime unique a été payée, une portion de la prime sera remboursée, calculée conformément à la formule prévue dans la police d'assurance collective 9000-A. Aucun remboursement de prime inférieur à 5\$ ne sera émis.

6. Reconnaissance de l'assurance antérieure en cas de refinancement ou d'augmentation

Malgré le paragraphe e) de l'article 5. *Fin de l'assurance*, l'**Assureur** reconnaîtra l'assurance qui était en vigueur immédiatement avant le refinancement du **Prêt hypothécaire** ou de l'augmentation de la marge de crédit visé par cette assurance, si les conditions suivantes sont rencontrées:

- Une nouvelle demande d'adhésion à l'assurance a été soumise à l'**Assureur** dans le contexte du refinancement du **Prêt hypothécaire** ou de l'augmentation de la marge de crédit qui était préalablement visé par l'assurance;
- Les critères d'admissibilité à l'assurance sont rencontrés à la date de la nouvelle demande; et
- L'**Assureur** a refusé la nouvelle demande d'adhésion à l'assurance à la suite de son analyse effectuée en vertu de la section 4 du formulaire de proposition d'assurance.

La couverture d'assurance accordée sera:

- Dans le cas d'un **Prêt hypothécaire**: le solde et la durée du **Prêt hypothécaire** visé par l'assurance à la date précédant le refinancement ou l'augmentation;
- Dans le cas d'une marge de crédit: la couverture accordée, au moment de l'entrée en vigueur de l'assurance antérieure.

7. Couverture d'assurance

Toute prestation payable en vertu de cette assurance sera versée par l'**Assureur** à la Banque Nationale du Canada au bénéfice de la **Personne assurée**, pour être appliquée au **Prêt** visé par l'assurance.



7.1 Couverture d'assurance maximale

La couverture d'assurance maximale est de 750 000 \$ pour l'ensemble de tous les **Prêts** couverts par la police d'assurance collective 9000-A pour une même **Personne assurée**. De plus, le montant cumulatif de couverture d'assurance collective 9000-A pour une même **Personne assurée** ne pourra en aucun temps excéder 750 000 \$.

7.2 Pour la garantie d'assurance vie

En cas de décès de la **Personne assurée**, l'**Assureur** verse à la Banque Nationale du Canada le moins élevé des montants suivants, sous réserve de l'article 7.1 *Couverture d'assurance maximale*:

Dans le cas d'un **Prêt hypothécaire**:

- i) Le solde du **Prêt hypothécaire** visé par l'assurance, sans arriérés, immédiatement avant le décès de la **Personne assurée** plus les intérêts accumulés depuis la date de son décès; ou
- ii) Une partie du solde du prêt visé par l'assurance, calculée en fonction de la couverture accordée conformément à l'article 6. *Reconnaissance de l'assurance antérieure en cas de refinancement ou d'augmentation*; ou
- iii) 750 000 \$.

Dans le cas d'un prêt personnel:

- i) Le solde du prêt personnel visé par l'assurance, sans arriérés, immédiatement avant le décès de la **Personne assurée** plus les intérêts accumulés depuis la date de son décès; ou
- ii) 750 000 \$.

Dans le cas d'une marge de crédit:

- i) Le solde dû sur la marge de crédit visée par l'assurance, sans arriérés, immédiatement avant le décès de la **Personne assurée** plus les intérêts accumulés sur le solde dû depuis la date de son décès; ou
- ii) La moyenne des trois derniers soldes dus, sans arriérés, indiqués dans les relevés mensuels de la marge de crédit visée par l'assurance immédiatement avant le décès de la **Personne assurée**, plus les intérêts accumulés sur cette moyenne depuis la date de son décès; ou
- iii) La couverture accordée en vertu de l'article 6. *Reconnaissance de l'assurance antérieure en cas de refinancement ou d'augmentation*; ou
- iv) 250 000 \$.

7.3 Pour la garantie d'assurance en cas de mutilation accidentelle

Afin d'être couverte par la présente garantie, une mutilation accidentelle doit résulter directement et uniquement d'un **Accident** survenu alors que cette garantie était en vigueur; elle doit survenir dans les 365 jours suivant cet **Accident** et elle doit apparaître dans le tableau ci-dessous.

Si la **Personne assurée** subit une telle mutilation accidentelle, l'**Assureur** verse à la Banque Nationale du Canada le pourcentage indiqué dans le tableau ci-dessous du montant couvert par la garantie d'assurance vie, calculé au moment de la mutilation accidentelle, sous réserve de l'article 7.1 *Couverture d'assurance maximale*.

Mutilations accidentelles	Pourcentage
— Perte complète et irréversible de l'ouïe et de la parole (faculté de prononcer des sons intelligibles)	100%
— Perte complète et irréversible de la vue des 2 yeux	
— Perte complète et irréversible de la vue d'un œil et amputation d'un pied ou d'une main	
— Amputation des 2 mains, des 2 pieds, d'une main et d'un pied ou d'un bras et d'une jambe*	
— Perte de l'usage des 2 bras, des 2 mains, des 2 jambes ou des 2 pieds**	
— Amputation d'un bras ou d'une jambe*	75%
— Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe**	
— Amputation d'une main ou d'un pied*, ou perte de l'usage d'une main ou d'un pied**	67%
— Perte complète et irréversible de la vue d'un œil	
— Perte complète et irréversible de l'ouïe	50%
— Perte complète et irréversible de la parole (faculté de prononcer des sons intelligibles)	
— Amputation du pouce (1 phalange complète) et de l'index (2 phalanges complètes) de la même main	33%

* L'amputation d'une main est la séparation complète au niveau ou au-dessus du poignet et l'amputation d'un bras est la séparation complète au niveau ou au-dessus du coude. L'amputation d'un pied est la séparation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation de la cheville et l'amputation d'une jambe est la séparation complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du genou.

** La perte de l'usage est la perte totale et irrécouvrable de l'usage de manière continue pendant une période de 12 mois consécutifs, période au terme de laquelle la perte est réputée être permanente.



7.4 Pour la garantie d'assurance invalidité

En cas d'**Invalidité totale** de la **Personne assurée** et au terme de la période d'attente, l'**Assureur** verse à la Banque Nationale du Canada une prestation correspondant au versement mensuel requis pour le paiement du prêt ou pour une partie du paiement du prêt calculé en fonction de la couverture accordée conformément à l'article 6. *Reconnaissance de l'assurance antérieure en cas de refinancement ou d'augmentation*. La prestation pour une fraction d'un mois est calculée au taux de 1/30 du versement mensuel par jour d'**Invalidité totale**.

Sous réserve de l'article 7.1 *Couverture d'assurance maximale*, le montant maximum de la prestation est 2 500 \$ par mois, et ce pour l'ensemble des prêts couverts par la police d'assurance collective 9000-A pour une même **Personne assurée**.

Période d'attente:

Aucune prestation n'est payable pendant la période d'attente suivante:

- 30 jours consécutifs suivant le début d'une **Invalidité totale** résultant d'un **Accident**;
- 90 jours consécutifs suivant le début d'une **Invalidité totale** résultant d'une **Maladie**.

Toute **Invalidité totale** résultant d'un **Accident** et débutant plus de 30 jours après cet **Accident** est considérée comme une **Invalidité totale** résultant d'une **Maladie**.

Preuves de l'Invalidité totale:

Il incombe à la **Personne assurée** de fournir à l'**Assureur** des preuves satisfaisantes de son **Invalidité totale**. Ces preuves peuvent inclure l'opinion d'un médecin spécialiste de même que les copies des résultats des examens subis.

L'**Assureur** peut exiger en tout temps que la **Personne assurée**:

- a) Fournisse des preuves satisfaisantes quant à la continuité de son **Invalidité totale**;
- b) Soit examinée par un ou des médecin(s) ou **Professionnel(s) de la santé** désignés par l'**Assureur**.

Fin des prestations:

Les prestations cessent d'office lors du premier des événements suivants:

- a) La date à laquelle la **Personne assurée** cesse d'être en situation d'**Invalidité totale**;
- b) La date, fixée par l'**Assureur**, à laquelle la **Personne assurée** néglige de fournir une attestation satisfaisante d'**Invalidité totale** ininterrompue;

- c) La date à laquelle la **Personne assurée** refuse de se soumettre à un examen médical requis par l'**Assureur**;
- d) La date à laquelle l'assurance prend fin, conformément à l'article 5. *Fin de l'assurance*;
- e) La date à laquelle la **Personne assurée** exerce un **Travail rémunéré**;
- f) La date à laquelle la **Personne assurée** cesse de recevoir les soins continus d'un médecin sauf en cas d'état stationnaire attesté par un médecin, à la satisfaction de l'**Assureur**;
- g) La date à laquelle la **Personne assurée** subit une mutilation accidentelle couverte par la présente assurance conformément à l'article 7.3 *Pour la garantie d'assurance en cas de mutilation accidentelle*;
- h) Pour un **Prêt hypothécaire**, lorsque le maximum de 24 mois de prestations est atteint;
- i) Pour un prêt personnel, lorsque le maximum de 60 mois de prestations est atteint.

Périodes successives d'Invalidité totale:

Des périodes successives d'**Invalidité totale** sont considérées comme étant la même période d'**Invalidité totale**:

- a) Si elles dépendent d'une même cause ou de causes connexes et que les périodes ne sont pas séparées par 2 semaines consécutives ou plus d'emploi actif à temps plein; ou
- b) Si les causes sont différentes, non connexes, et que les périodes ne sont pas séparées par 1 jour ou plus d'emploi actif à temps plein.

Ainsi, lorsque des périodes successives d'**Invalidité totale** sont considérées comme étant la même période d'**Invalidité totale**, la période d'attente ne s'applique pas une deuxième fois, le même montant de prestation demeure applicable et le nombre de mois de prestations est cumulatif.

8. Exclusions

8.1 Pour la garantie d'assurance vie

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide d'une **Personne assurée** au cours des 2 premières années d'assurance et l'**Assureur** n'est tenu qu'au remboursement des primes, sans intérêt.

8.2 Pour la garantie d'assurance vie et d'assurance mutilation accidentelle

Aucune prestation n'est payable si la réclamation résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes:

- a) D'une blessure que la **Personne assurée** s'inflige, sans égard à son état psychologique, et indépendamment de toute **Maladie** ou déficience;



- b) D'une consommation chronique ou excessive d'alcool;
- c) De toute surdose d'une substance de quelque nature que ce soit, légale ou non, et qui a été prescrite ou non à la **Personne assurée**.

8.3 Pour la garantie d'assurance invalidité

Aucune prestation n'est payable si la réclamation résulte directement ou indirectement d'une blessure que la **Personne assurée** s'inflige, sauf si les preuves médicales démontrent que la blessure est directement liée à un problème de santé mentale.

8.4 Pour toutes les garanties d'assurance

Aucune prestation n'est payable si la réclamation résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes:

- a) D'une participation à un acte criminel, une opération militaire, une insurrection, une émeute ou une agitation populaire;
- b) D'un vol ou d'une tentative de vol dans tout aéronef, sauf si la **Personne assurée** voyage à titre de passager (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage);
- c) De blessures subies par une **Personne assurée** alors qu'elle conduisait un véhicule motorisé sous l'influence de stupéfiants ou alors que la proportion d'alcool contenue dans son sang était de plus de 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08).

Condition préexistante

Aucune prestation n'est payable pour le décès ou l'**Invalidité totale** d'une **Personne assurée**:

- a) Qui survient au cours de la première année d'assurance; et
- b) Qui est attribuable à une **Maladie** ou à une blessure pour laquelle la **Personne assurée** a été traitée au cours des 12 mois qui ont précédé le début de l'assurance.

L'**Assureur** considère qu'une **Personne assurée** a été traitée lorsqu'elle a, pour une **Maladie**, pour les symptômes associés à une **Maladie** ou pour une blessure, soit:

- a) Consulté un médecin ou un autre **Professionnel de la santé**, ou reçu des traitements d'un tel spécialiste;
- b) Subit des examens;
- c) Fait usage de médicaments prescrits par un médecin; ou
- d) Été hospitalisée.

9. Demande de prestations

Pour la garantie d'assurance vie: La demande de prestations de décès doit être soumise à l'**Assureur** au plus tard un an après la date du décès et doit inclure les pièces justificatives requises par l'**Assureur**. Sous réserve de toute législation applicable, l'**Assureur** peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité en rapport avec un sinistre.

Pour la garantie d'assurance mutilation accidentelle:

La demande de prestations doit être soumise à l'**Assureur** dans les 30 jours qui suivent la date de la mutilation accidentelle, et toute documentation requise par l'**Assureur** doit être remise dans les 90 jours qui suivent cette demande.

Pour la garantie d'assurance invalidité: La demande de prestations doit être soumise à l'**Assureur** dans les 30 jours qui suivent la fin de la période d'attente et toute documentation requise par l'**Assureur** doit être remise dans les 90 jours qui suivent cette demande. La période d'attente est prévue à l'article 7.4 *Pour la garantie d'assurance invalidité*.

Une demande de prestations ou toute documentation requise par l'**Assureur** qui n'est pas présentée à l'**Assureur** dans le délai imparti demeurera valide si:

- La demande de prestations ou la documentation requise est soumise dans un délai aussi raisonnable que possible, dans l'année suivant la date à laquelle l'événement est survenu; et
- À la condition qu'il soit établi qu'il était raisonnablement impossible de présenter la demande de prestations ou la documentation requise dans le délai imparti.

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

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

Pour contester une décision que nous avons prise dans le cadre de votre demande de réclamation, vous devez communiquer avec nous.

Par téléphone:

Montréal: 514 394-9904

Sans frais: 1 866 817-4844

Par courriel:

assurances@bnc.ca

Vous pouvez aussi faire parvenir tout document qui pourrait justifier une révision de notre décision.



Si nous n'avons pas répondu à vos interrogations, ou si vous n'êtes toujours pas satisfait et souhaitez poursuivre votre démarche, vous pouvez à votre choix et de façon concurrente :

- déposer une plainte auprès de plaintes.bna@bnc.ca; ou
- consulter votre conseiller juridique; ou
- avoir recours à l'un des organismes suivants:

Résidents du Québec

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

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

Résidents des autres provinces

Veillez vous adresser à :

Ombudsman des assurances de personnes (OAP)

Numéro de téléphone sans frais: 1 888 295-8112

(partout au Canada) ou 416 777-9002 (à Toronto).

Site web: oapcanada.ca

10. Renseignements supplémentaires

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

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

10.2 Aucune participation aux surplus ou bénéfices

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

10.3 Désignation de bénéficiaire

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

10.4 Prescription des actions

En fonction de votre province de résidence

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

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

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* et ses modifications.

Pour les résidents du Nouveau-Brunswick

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

Résidents du Québec

Toute action ou instance engagées contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par 3 ans.

Résidents des autres provinces

Pour connaître les délais de prescription applicables, consultez l'organisme de réglementation de votre province ou votre conseiller juridique.

10.5 Avis concernant le MIB LLC (Bureau des 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 LLC. (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 des renseignements consignés au MIB vous semblent inexacts, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant au :

MIB LLC.

50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree, MA 02184-8734, États-Unis
Téléphone : 1 866 692-6901

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.

Pour plus de renseignements sur le MIB, consultez leur site mib.com.

10.6 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 du Canada ou à ses filiales de présenter des offres et autres communications promotionnelles ou celles de ses partenaires d'affaires, sauf si vous refusez; et
- toute autre fin prévue dans la Politique de protection des renseignements personnels de la Banque Nationale du Canada et ses filiales, disponible sur au <https://www.bnc.ca/politique-de-confidentialite.html>.
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 d'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 proposants et que les assureurs peuvent consulter dans le cadre de processus de souscription d'assurance ou d'une demande d'indemnisation (voir Avis concernant MIB, LLC.).

De plus, l'assureur peut aussi communiquer tout renseignement sur votre état de santé ou toute autre information pertinente vous concernant au MIB, LLC.

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/politique-de-confidentialite.html.

11. Contrat

La police, les annexes, les avenants, la proposition et l'attestation constituent le contrat d'assurance collective 9000-A nommé « Assurance prêt ».

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

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

Autorité des marchés financiers

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

Avis donné par le distributeur

Article 440 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* (chapitre D-9.2)

La *Loi sur la distribution de produits et services financiers* vous donne des droits importants.

La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance, **sans pénalité**, dans les 10 jours suivant la date de la signature du contrat d'assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long.

Pour mettre fin au contrat, vous devez donner à l'assureur, à l'intérieur de ce délai, un avis par poste recommandée ou par tout autre moyen vous permettant de recevoir un accusé de réception.

Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.

Après l'expiration du délai applicable, vous avez la faculté d'annuler le contrat d'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers au 1 877 525-0337 ou visitez le lautorite.qc.ca.

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

Expédier à :

Assurance-vie Banque Nationale
800, rue Saint-Jacques, bureau 16701
Montréal (Québec) H3C 1A3

Date: _____ (date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*,

j'annule le contrat d'assurance n°: _____ (numéro du contrat s'il est indiqué)

conclu le: _____ (date de la signature du contrat)

à: _____ (lieu de la signature du contrat)

_____ (nom du client)

_____ (signature du client)