

PROTÉGER

Guide de distribution

Assurance-prêt aux particuliers

Prêt personnel



**BANQUE
NATIONALE**

ASSURANCES

Copie du contrat d'assurance

Le Service à la clientèle d'Assurance-vie Banque Nationale peut expédier une copie du contrat au besoin.

Vous pouvez joindre notre Service à la clientèle, aux heures d'ouverture habituelles, aux numéros suivants :

Montréal : 514 871-7500
Extérieur : 1 877 871-7500

La police d'assurance collective décrite dans ce guide est la suivante :

- ▣ Police d'assurance 70003-17 : Régime d'assurance-vie, maladies graves et mutilation accidentelle et invalidité pour prêts personnels.

Guide de distribution Assurance-prêt aux particuliers

Nom du produit : Assurance-prêt aux particuliers

Type de produit : Assurance créance collective

Assureur : Assurance-vie Banque Nationale permis en vigueur depuis le 12 juillet 1995

| | |
|--------------|---|
| Assureur | Assurance-vie Banque Nationale 1100, boul. Robert-Bourassa, 5 ^e étage Montréal (Québec) H3B 2G7 Montréal : 514 871-7500 Extérieur : 1 877 871-7500 Télécopieur : 514 394-6992 www.assurances-bnc.ca assurances@bnc.ca |
| Distributeur | Banque Nationale du Canada Montréal : 514 394-5555 Extérieur : 1 888 TELNAT 1 |

Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert par ce guide. L'assureur est le seul responsable des divergences entre les libellés du guide et de la police.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 5 |
| Les principales définitions | 5 |
| 1. Description de notre produit | 12 |
| a) Nature de la garantie | 12 |
| b) Résumé des conditions particulières | 13 |
| Admissibilité | 13 |
| Montant de votre protection en cas de décès | 14 |
| Montant de votre protection en cas de Maladie Grave ou de Mutilation Accidentelle | 15 |
| Montant de votre protection en cas d'Invalidité..... | 17 |
| Période maximale de paiement d'assurance Invalidité..... | 18 |
| Prestation maximum | 18 |
| Bénéficiaire de l'assurance | 18 |
| Confirmation et preuve d'assurance..... | 19 |
| Couverture temporaire pendant l'étude de votre dossier | 20 |
| Calcul de la prime | 20 |
| Prélèvement de la prime..... | 21 |
| Non-paiement de prime | 21 |
| Début de votre couverture d'assurance | 21 |
| Exclusions, limitations ou réductions de garantie..... | 22 |
| Résiliation de l'assurance | 28 |
| c) Fin de votre protection d'assurance | 28 |
| d) Remboursement de la prime | 30 |
| e) Autre information | 31 |
| Refinancement du Prêt..... | 31 |
| Modification des taux de primes | 32 |
| 2. Réclamation | 32 |
| Réclamation en cas de décès | 32 |
| Réclamation en cas de Maladies Graves ou de Mutilation Accidentelle | 33 |
| Réclamation en cas d'Invalidité | 34 |
| Fin des prestations d'assurance Invalidité ... | 35 |
| Délai de réponse de l'Assureur après réception d'une réclamation..... | 36 |
| Appel d'une décision de l'Assureur..... | 37 |
| 3. Produits similaires | 37 |
| 4. Référence à l'Autorité des marchés financiers | 37 |
| 5. Avis de résolution d'un contrat d'assurance | 38 |
| 6. Accès aux renseignements personnels | 42 |

Introduction

Le rôle du Guide de distribution est de décrire la protection d'assurance offerte et de vous en faciliter la compréhension en vous transmettant l'information sous forme accessible. Il vise à vous permettre d'apprécier, par vous-même, si ce produit d'assurance correspond à vos besoins, alors que vous n'êtes pas en présence d'un conseiller en assurance de personnes.

Gardez-le en lieu sûr avec votre certificat d'assurance et votre proposition d'assurance pour référence future.

Les principales définitions

Le Guide de distribution ne définit que les mots ou concepts estimés les plus significatifs à votre bonne compréhension du produit d'assurance

Ces définitions et les concepts auxquelles elles réfèrent ne se substituent en aucun cas aux définitions incluses dans le certificat d'assurance et aux différentes clauses qui y donnent application.

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

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

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

qui persistent pendant plus de 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.

Mise en garde : Les cas pour lesquels aucune prestation n'est payable sont énumérés à la section «Exclusions, limitation ou réductions de garantie» de ce guide.

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 certificat dont il a reçu une copie.

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

Banque : Banque Nationale du Canada.

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

Le diagnostic de cancer doit être posé par un Spécialiste.

Mise en garde : Les cas pour lesquels aucune prestation n'est payable sont énumérés à la section «Exclusions, limitation ou réductions de garantie» de ce guide.

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

Crise Cardiaque :

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

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

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

Mise en garde : Les cas pour lesquels aucune prestation n'est payable sont énumérés à la section «Exclusions, limitation ou réductions de garantie» de ce guide.

Délai de carence : Période de 60 jours continus d'Invalidité, à compter de la date de début de l'Invalidité, pendant lesquels aucune prestation n'est payable.

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

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

L'invalidité doit être constatée par un médecin pratiquant au Canada ou aux États-Unis, résulter d'une Maladie survenue ou d'un Accident subi alors que l'assurance est en vigueur et exiger des soins médicaux continus. Durant son invalidité, l'Assuré ne doit se livrer à aucune activité pour laquelle il reçoit une compensation 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'un ordre professionnel de la santé. Ces soins doivent être considérés comme satisfaisants par l'Assureur.

Maladies Graves : Désigne exclusivement les maladies suivantes : Accident vasculaire cérébral, Cancer (mettant la vie en danger) et Crise cardiaque, telles que décrites dans cette section.

Montant Initial Assuré : Montant total du Prêt à la date de prise d'effet de l'assurance. Ce montant ne peut être plus grand que celui indiqué dans la section « Prestation maximum » à la page 18 de ce guide. De plus, dans le cas de la reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur, ce montant ne pourra excéder le Solde Assuré du prêt antérieur à la date du Refinancement.

Mutilation Accidentelle : Dommages corporels causés par suite d'un Accident survenu alors que l'assurance est en vigueur et entraînant, directement et indépendamment de toute maladie ou autre cause, la perte ou la perte d'usage d'un membre ou d'un œil de l'Assuré.

La perte d'un œil signifie la perte totale et irréversible de la vision d'un œil mise en évidence par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans cet œil, ou par un champ visuel de moins de 20 degrés dans cet œil ; la perte d'un membre signifie la séparation irréversible et complète d'un ou de plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville. La perte d'usage d'un membre signifie la perte complète des fonctions musculaires d'un ou de plusieurs membres.

La perte ou la perte d'usage doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'Accident. La perte d'usage doit subsister pendant 12 mois et, par la suite, être reconnue définitive, avant que la prestation ne soit versée. L'assurance doit toujours être en vigueur au moment du diagnostic de perte ou de perte d'usage.

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

Police : Police d'assurance collective N° 70003-17.

Prêt : Prêt personnel visé par la Proposition d'assurance.

Proposition : Le formulaire de proposition d'assurance de l'Assureur rempli et signé par le proposant, quelque soit le moyen technique utilisé.

Récidive d'Invalidité: Toute période d'Invalidité ayant la même cause et persistant au moins 7 jours consécutifs et qui survient au cours des 90 jours suivant la fin d'une période d'Invalidité couverte. Si l'Invalidité n'a pas les mêmes causes ou si elle survient plus de 90 jours suivant la fin de la période d'Invalidité précédente, elle sera considérée comme une nouvelle période d'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 est présente 183 jours consécutifs au cours des 12 mois précédant la date de signature de la Proposition.

Solde Assuré: Le solde assuré est déterminé en fonction du solde du Prêt à la date de l'Événement Assuré. Ce montant peut être soumis à des règles particulières si l'une des situations suivantes s'applique à vous :

- Au moment de la demande d'assurance le montant total de votre Prêt personnel est plus grand que le Montant Initial Assuré. Le solde assuré sera alors ajusté selon la même proportion.
- Lors du Refinancement de votre Prêt personnel, l'assurance vous est accordée en reconnaissance de l'assurance d'un prêt antérieur. Dans un tel cas, le solde assuré sera ajusté selon la proportion entre le solde assuré de l'ancien prêt au moment du Refinancement et le montant total du nouveau prêt.

Ce montant ne peut être plus grand que le Montant Initial Assuré du Prêt ou que celui indiqué dans la section «Prestation maximum» à la page 18 de ce document.

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

Versement Assuré: Le montant du versement assuré ne peut être plus grand que celui indiqué dans la section «Prestation maximum» à la page 18 de ce guide.

Le versement assuré payable comprend le paiement du capital, de l'intérêt et de toute prime d'assurance-prêt applicable au moment de l'Invalidité.

Le capital, les intérêts ou les primes qui sont déjà en souffrance au moment où débute l'Invalidité ne seront en aucun cas compris dans le versement.

1. Description de notre produit

a) Nature de la garantie

Le produit d'assurance-prêt d'Assurance-vie Banque Nationale comporte trois protections :

Assurance-vie

En cas de décès, prévoit le remboursement du Solde Assuré du Prêt à la Banque par l'Assureur.

Assurance maladies graves et mutilation accidentelle

En cas de Mutilation Accidentelle ou d'un diagnostic de Cancer (mettant la vie en danger), Crise Cardiaque ou Accident Vasculaire Cérébral, l'assurance prévoit le remboursement à la Banque par l'Assureur d'un pourcentage du Solde Assuré du Prêt dans le cas d'une Mutilation Accidentelle ou le remboursement du Solde Assuré du Prêt dans le cas d'un diagnostic d'une Maladie Grave.

L'assurance maladies graves et mutilation accidentelle n'est pas obligatoire mais ne peut être prise sans la protection d'assurance-vie.

Assurance invalidité

En cas d'Invalidité, qui persiste après un délai de 60 jours consécutifs, l'assurance prévoit le remboursement du Versement Assuré à la Banque par l'Assureur.

L'assurance invalidité n'est pas obligatoire mais ne peut être prise sans la protection d'assurance-vie.

b) Résumé des conditions particulières

Admissibilité

Vous pouvez adhérer à l'assurance-prêt si vous détenez un Prêt aux particuliers à la Banque.

Deux Assurés ou plus peuvent être couverts par les protections d'assurance pour un même Prêt (maximum de 5 assurés). Chacune des personnes devra alors remplir une Proposition d'assurance.

Vous pouvez demander l'assurance-prêt en tout temps pendant la durée de vie de votre Prêt.

Vous êtes admissible à l'**assurance-vie** si, quand vous remplissez la Proposition d'assurance, vous êtes :

- Âgé de 18 à 64 ans ;
- Résident du Canada ou des États-Unis ;
- Emprunteur, coemprunteur, garant, caution, endosseur ou Conjoint de l'un d'eux.

Si vous n'êtes pas admissible à l'assurance-vie, vous n'êtes pas admissible à l'assurance Invalidité, Maladies Graves et Mutilation Accidentelle.

Vous êtes admissible à l'**assurance maladies graves et mutilation accidentelle** si, quand vous remplissez la Proposition d'assurance :

- Vous avez adhéré à l'assurance-vie.

Vous êtes admissible à l'**assurance invalidité** si, quand vous remplissez la Proposition d'assurance :

- ▶ Vous avez adhéré à l'assurance-vie ;
- ▶ Dans les 4 semaines immédiatement avant la signature de la Proposition, vous avez été rémunéré pour au moins 60 heures de travail pour un emploi que vous occupez ; ou
- ▶ Si vous êtes travailleur autonome, vous avez généré des revenus bruts d'au moins 10 000 \$ au cours de votre dernière année financière précédant la signature de la Proposition d'assurance.

Vous n'êtes pas admissible à l'assurance invalidité si, quand vous remplissez la Proposition d'assurance, vous recevez des prestations de remplacement du revenu ou si vous êtes en arrêt de travail ou sans emploi.

Montant de votre protection en cas de décès

En cas de décès, l'Assureur calculera le montant à rembourser sur votre Prêt selon les règles suivantes :

- ▶ En plus du Solde Assuré, l'Assureur remboursera les intérêts accumulés sur le Solde Assuré depuis la date du décès. Ce montant ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes qui étaient déjà en souffrance à la date du décès.
- ▶ Le montant versé par l'Assureur ne pourra être plus grand que la prestation maximum d'assurance payable.
- ▶ Si, à la date d'adhésion à l'assurance, le Montant Initial Assuré était inférieur au montant total du Prêt, la prestation sera calculée selon la même proportion.

Montant de votre protection en cas de Maladie Grave ou de Mutilation Accidentelle

En cas de Maladie Grave ou de Mutilation Accidentelle, l'Assureur calculera la prestation à rembourser sur votre Prêt selon les règles suivantes :

- ▶ En plus du Solde Assuré, l'Assureur remboursera les intérêts accumulés sur le Solde Assuré depuis la date du diagnostic de la Maladie Grave ou de la Mutilation Accidentelle. Ce montant ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts et les primes qui étaient déjà en souffrance au moment du diagnostic de la Maladie Grave ou de la Mutilation Accidentelle.
- ▶ Le montant versé par l'Assureur ne pourra être plus grand que la prestation maximum d'assurance payable.
- ▶ Le total des prestations payables pour une ou plusieurs mutilations accidentelles ne peut excéder la prestation maximum d'assurance payable.
- ▶ Si le montant versé pour une prestation Mutilation Accidentelle ne couvre pas la totalité du Solde Assuré pour Maladies Graves ou Mutilation accidentelle, la protection demeurera en vigueur sur le nouveau solde du prêt et selon la même proportion qu'à l'adhésion.
- ▶ Si la prestation versée est inférieure au Solde Assuré de l'assurance-vie, l'assurance-vie demeurera en vigueur, sur le nouveau solde du Prêt et selon la même proportion qu'à l'adhésion.

- ▶ Si 2 Assurés ou plus subissent une Mutilation Accidentelle en même temps sans qu'il ne soit possible d'établir qui a subi une mutilation en premier, l'Assureur versera la prestation la plus élevée prévue pour les mutilations subies et ainsi de suite, sans dépasser le Solde Assuré de votre Prêt au moment des mutilations.
- ▶ Les pourcentages applicables au Solde Assuré en cas de Mutilation Accidentelle sont :

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

- ▶ Dans le cas d'une Maladie Grave, l'Assureur versera le Solde Assuré de votre Prêt à la date du diagnostic de Maladie Grave.
- ▶ Dans le cas d'une Mutilation Accidentelle, l'Assureur versera un montant équivalent à un pourcentage du Solde Assuré de votre Prêt à la date de la Mutilation Accidentelle.
- ▶ Si, à la date d'adhésion à l'assurance, le Montant Initial Assuré était inférieur au montant total du Prêt, la prestation sera calculée selon la même proportion.

Montant de votre protection en cas d'Invalidité

En cas d'Invalidité, l'Assureur calculera le montant du Versement Assuré à rembourser sur votre Prêt selon les règles suivantes :

- ▶ Le Versement Assuré inclut le montant du capital, des intérêts et de la prime d'assurance. Ce montant ne comprend en aucun cas le capital, les intérêts ou les primes qui étaient déjà en souffrance à la date de l'Événement Assuré.
- ▶ Le montant versé par l'Assureur ne pourra être plus grand que la prestation maximum d'assurance payable.
- ▶ Si votre Invalidité se termine entre deux dates prévues de paiement, le montant du dernier paiement d'assurance invalidité sera calculé au prorata pour chacun des jours où vous aurez été en Invalidité.
- ▶ Si 2 Assurés ou plus sont invalides en même temps pour le même Prêt, l'Assureur ne pourra verser une prestation d'assurance plus grande que le montant du versement périodique du Versement Assuré.
- ▶ Si, à la date d'adhésion à l'assurance, le Montant Initial Assuré était inférieur au montant total du Prêt, la prestation sera calculée selon la même proportion.

Période maximale de paiement d'assurance Invalidité

L'Assureur verse un maximum de **24 mois de prestations d'Invalidité** de suite pour une même période d'Invalidité. De plus, le ou les Assurés ne pourront bénéficier conjointement que d'un nombre maximal de **48 mois de prestations d'Invalidité**, et ce, pour toute la durée du Prêt.

Prestation maximum

Le montant maximum de la prestation d'assurance payable ne pourra en aucun cas dépasser le maximum prévu pour tous vos Prêts assurés d'un même type.

| Vie | Maladies Graves et Mutilation Accidentelle | Invalidité |
|-----------|--|----------------|
| 500 000\$ | 150 000\$ | 2 000\$ / mois |

Bénéficiaire de l'assurance

L'Assureur versera à la Banque toutes prestations d'assurance en remboursement de votre Prêt assuré. En aucun moment, le montant versé ne peut être plus grand que le montant du Prêt à payer au moment de l'Événement Assuré.

Confirmation et preuve d'assurance

Lors de votre demande d'assurance, vous devez répondre à toutes les questions applicables contenues dans la Proposition d'Assurance-prêt aux particuliers de l'Assureur.

Si votre demande ne nécessite pas d'autres preuves de votre assurabilité, vous êtes assuré après la signature de votre Proposition d'assurance, sous réserve de l'exactitude des informations fournies et aux conditions du certificat. Cette Proposition constitue votre **preuve d'assurance**. Il est important de la conserver en lieu sûr.

L'assurance est conditionnelle à l'acceptation par l'Assureur de la Proposition d'assurance.

Si vous devez fournir des preuves d'assurabilité, l'Assureur vous fera parvenir une lettre de confirmation d'assurance dans les **30 jours** qui suivent la réception de tous les documents nécessaires à l'analyse de votre dossier.

Cette lettre constitue votre preuve d'assurance et il est important de la conserver.

Attention: Si, après avoir reçu les documents nécessaires à l'étude de votre dossier, l'Assureur détermine que vous n'êtes pas assurable, l'Assureur est dans l'obligation de vous aviser par écrit de sa décision.

Communiquez avec l'Assureur si vous n'avez pas reçu la lettre de l'Assureur dans les 30 jours qui suivent l'expédition de tous les documents nécessaires à l'analyse de votre dossier par l'Assureur.

Assurance-vie Banque Nationale:

Montréal: 514 871-7500
Extérieur: 1 877 871-7500

Couverture temporaire pendant l'étude de votre dossier

Si votre Proposition d'assurance n'est pas immédiatement acceptée et que vous devez soumettre des preuves d'assurabilité, vous serez couvert par une assurance temporaire pendant que l'Assureur étudie votre dossier.

Cette couverture temporaire d'assurance vous protège en cas de décès, de Mutilation Accidentelle ou d'Invalidité qui sont uniquement **causés par un Accident**. Vous ne serez pas couvert par l'assurance Mutilation Accidentelle et Invalidité temporaires si vous n'avez pas demandé ces protections sur votre Proposition d'assurance.

Calcul de la prime

Le montant de la prime à payer est calculé à partir des taux de prime en vigueur au moment de la signature de la Proposition d'assurance. Le montant varie en fonction du Montant Initial Assuré ou du Versement Assuré du Prêt, du nombre d'assurés, des protections choisies et selon l'âge de l'Assuré le plus âgé.

La prime est calculée selon les taux indiqués dans votre certificat d'assurance

Prélèvement de la prime

Le montant de la prime est prélevé chaque mois ou selon la fréquence du versement.

Note : La prime est prélevée dès la signature de votre Proposition d'assurance. Si vous avez payé une prime mais que l'assurance ne vous est pas accordée, la prime vous sera immédiatement remboursée.

Non-paiement de prime

Toute protection d'assurance prend automatiquement fin aussitôt qu'un paiement est en retard de plus de 3 mois.

Début de votre couverture d'assurance

Si votre Proposition d'assurance est acceptée sans que vous n'ayez à remplir d'autres preuves d'assurabilité pour l'étude de votre dossier, votre assurance débutera à la dernière des dates suivantes :

- Date de la signature de votre Proposition d'assurance ; ou
- Date à laquelle le Prêt est déboursé par la Banque.

Pour toutes les protections d'assurance : si votre Proposition d'assurance demande d'autres preuves d'assurabilité, votre assurance ne pourra débuter avant que l'Assureur ne vous fasse parvenir une lettre de confirmation d'assurance.

Mise en garde

Exclusions, limitations ou réductions de garantie.

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

AUCUNE PRESTATION N'EST PAYABLE POUR UN DÉCÈS, UNE INVALIDITÉ, UNE MALADIE GRAVE OU UNE MUTILATION ACCIDENTELLE CAUSÉE DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR :

CONDITIONS PRÉEXISTANTES: un décès, une Invalidité, une Maladie Grave ou une Mutilation Accidentelle qui se produit dans les **12 MOIS QUI SUIVENT** la date de prise d'effet de l'assurance **ET** qui est causé par une Maladie, un symptôme ou un Accident pour lequel l'Assuré a :

- ▣ Consulté ou reçu des traitements par un médecin ou autre professionnel de la santé ; OU
- ▣ Subi des examens ; OU
- ▣ Consommé des médicaments ; OU
- ▣ Été hospitalisé

dans les **12 MOIS AVANT** la date de prise d'effet de l'assurance.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSURÉ : si applicable, toute exclusion particulière à un Assuré qui lui a été déclarée par écrit par l'Assureur comme condition d'acceptation de couverture d'assurance.

SUICIDE : un acte de suicide qui survient dans les 2 ans qui suivent la prise d'effet de l'assurance quelle que soit sa condition mentale ;

TENTATIVE DE SUICIDE OU MUTILATION QUE L'ASSURÉ SE CAUSE VOLONTAIREMENT : tentative de suicide ou automutilation volontaire, quelle que soit la condition mentale de l'assuré ;

STUPÉFIANTS : usage de stupéfiants qui ne sont pas prescrits par un médecin ;

AÉRONEF : toute participation active en tant que pilote, membre d'équipage, instructeur ou étudiant dans un appareil capable de voler ;

GUERRE : guerre ou acte de guerre, que l'Assuré y participe ou non sauf si l'Assuré y agissait à titre de membre des Forces canadiennes ou de la réserve des Forces canadiennes ;

ÉMEUTE : participation active à une émeute, agitation populaire ou insurrection.

POUR L'ASSURANCE MALADIES GRAVES :

AUCUNE PRESTATION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES NE SERA PAYABLE DANS LES CAS SUIVANTS :

CANCER : Le cancer doit répondre à la définition du certificat pour que la prestation soit payable. De plus, les cas suivants ne sont pas couverts :

- ▣ lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites («borderline») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta ;
- ▣ cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases ;
- ▣ tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- ▣ cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- ▣ cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases ;
- ▣ leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification Rai ;
- ▣ tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Les définitions des termes «Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC» indiquées dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'AJCC s'appliquent à ces mêmes termes utilisés dans ce guide.

La définition du terme «classification Rai» indiquée dans la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Paternack, Blood 46:219, 1975) s'applique au même terme utilisé dans ce guide.

EXCLUSION POUR LES 90 JOURS QUI SUIVENT LA PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

La prestation n'est pas payable si, dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance, l'Assuré :

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

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

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL :

L'accident vasculaire cérébral doit répondre à la définition du certificat pour que la prestation soit payable. De plus, les cas suivants ne sont pas couverts :

- Accident ischémique transitoire ; ou
- Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ; ou
- Infarctus lacunaire qui n'est pas conforme aux critères de l'accident vasculaire cérébral tel que décrit à la page 5 de ce guide.

CRISE CARDIAQUE : La crise cardiaque doit répondre à la définition du certificat pour que la prestation soit payable. De plus, les cas suivants ne sont pas couverts :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q ;
- changements à l'électrocardiogramme suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme aux critères de crise cardiaque prévus à la page 7 de ce guide.

POUR L'ASSURANCE INVALIDITÉ :

AUCUNE PRESTATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ N'EST PAYABLE POUR UNE INVALIDITÉ CAUSÉE DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT PAR :

GROSSESSE : une grossesse normale ;

MAL DE DOS :

- Cervicalgie (douleur localisée au cou ou à la nuque) ;
- Dorsalgie (douleur localisée au dos) ;
- Lombalgie (douleur localisée au bas du dos) ;

pour lequel la seule manifestation est une douleur de l'Assuré, sans qu'il ne soit possible d'en trouver la cause, sauf d'une arthrose normale, compte tenu de l'âge de l'Assuré ;

TROUBLES PSYCHOLOGIQUES OU PSYCHIATRIQUES, FATIGUE CHRONIQUE, DÉPRESSION, ANXIÉTÉ, SURMENAGE OU ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL : si l'Assuré n'est pas en thérapie supervisée par un médecin spécialisé dans le traitement du trouble visé ;

ALCOOLISME OU TOXICOMANIE : si le problème n'est pas traité en cure fermée ;

SOINS ESTHÉTIQUES : une chirurgie ou des soins qui sont esthétiques.

Résiliation de l'assurance

Vous pouvez résilier l'assurance en tout temps. Si vous résiliez l'assurance dans les 30 premiers jours de la signature de votre Proposition d'assurance, les primes payées, le cas échéant, vous seront remboursées et l'assurance sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur.

Pour résilier votre assurance, avisez l'Assureur par téléphone ou envoyez un avis écrit à l'Assureur par poste recommandée. Cet avis peut être l'«Avis de résolution d'un contrat d'assurance» qui apparaît à la page 39 ou tout autre document qui présente les caractéristiques du contrat (numéro de Prêt, transit bancaire, couverture, signature, date, etc.)

L'assurance sera résiliée à la dernière des dates suivantes :

- ▣ La date où l'avis sera reçu par l'Assureur ; ou
- ▣ La date indiquée par l'Assuré.

c) Fin de votre protection d'assurance

Pour toutes les garanties d'assurance, votre protection d'assurance prendra fin aussitôt qu'un de ces événements se produira :

- ▣ **Fin du Prêt** : la date à laquelle le Prêt est complètement remboursé, la fin de la période prévue de remboursement, l'échéance du Prêt ou la date de fermeture du Prêt ;
- ▣ **Âge maximum** : le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de 70 ans ;
- ▣ **Résiliation** : la date à laquelle l'Assuré indique qu'il désire que se termine sa protection d'assurance (si son avis de résiliation est donné à l'avance) ou la date de réception de l'avis par l'Assureur ;

- ▣ **Non-paiement des primes** : la date où un paiement devient en retard de plus de 3 mois ;
- ▣ **Prise en charge** : la date à laquelle le Prêt est transféré à une autre institution financière ou qu'il est assumé par une autre personne qui n'est pas couverte par cette assurance ;
- ▣ **Décès** : la journée du décès d'un Assuré, si une prestation d'assurance-vie devient payable à la suite du décès ;
- ▣ **Diagnostic de Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle** : lorsqu'une prestation d'assurance maladies graves et mutilation accidentelle remboursant la totalité du Solde Assuré pour l'assurance-vie a été versée par l'Assureur.

Pour l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle seulement :

- ▣ **Fin de l'assurance-vie** : la date à laquelle la protection d'assurance-vie prend fin ;
- ▣ **Diagnostic de Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle** : lorsque la totalité du Solde Assuré pour l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle a été versé par l'Assureur en remboursement du Prêt. Le versement d'une prestation de maladies graves met fin à l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle de tous les Assurés.

Pour l'assurance invalidité seulement :

- ▣ **Fin de l'assurance-vie** : la date à laquelle la protection d'assurance-vie prend fin ;
- ▣ **Nombre maximal de paiements atteint** : le jour où l'Assureur effectue le 48^e mois de prestations d'Invalidité sur le Prêt assuré. Le maximum de 48 mois de prestations d'Invalidité s'applique pour toutes les Invalidités qui surviennent pendant que le Prêt est remboursé et ne recommence pas à chaque nouvelle Invalidité.

d) Remboursement de la prime

Voici la liste des situations pour lesquelles vous pourriez obtenir un remboursement de prime :

Résiliation par l'Assuré

Vous pouvez mettre fin à votre assurance à condition d'en aviser par téléphone ou par écrit l'Assureur. L'assurance prendra fin à la dernière des dates suivantes :

- La date où l'avis sera reçu par l'Assureur ; ou
- La date indiquée par l'Assuré.

Chacune des primes payées après la date de terminaison seront alors remboursées, si applicable.

Résiliation par l'Assureur

Si l'Assureur met fin à la police d'assurance-prêt collective, l'assurance-prêt sera alors automatiquement résiliée et toutes les primes payées après la date de résiliation seront alors remboursées.

Toute omission ou fausse déclaration dans la Proposition d'assurance entraîne automatiquement l'annulation de votre assurance rétroactivement à sa date de prise d'effet et chacune des primes payées vous seront alors remboursées, si applicable.

Déclaration erronée d'âge

Si l'âge de l'Assuré a été déclaré incorrectement et que le calcul de la prime pour l'âge réel de l'Assuré est inférieur à la prime perçue, la différence entre les primes payées sur l'âge déclaré par rapport à l'âge réel, sera remboursée.

Si l'âge réel de l'Assuré excède l'âge auquel l'assurance prend fin, l'assurance est automatiquement résiliée et les primes perçues en trop depuis la fin de la couverture d'assurance seront remboursées.

Si dans les 3 ans de la conclusion du contrat, l'Assureur constate que l'âge de l'Assuré était en dehors des limites d'admissibilité au moment de signer la Proposition d'assurance, l'assurance pourra être annulée et les primes payées remboursées.

Refus

Dans le cas où la Proposition d'assurance est refusée par l'Assureur, toutes primes payées vous seront remboursées.

Primes perçues après le décès

Si des primes d'assurance sont perçues par l'Assureur suivant le décès de l'Assuré, les primes perçues en trop depuis le décès de l'Assuré seront remboursées.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

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

e) Autre information

Refinancement du Prêt

Si vous refinancez votre Prêt auprès de la Banque et que vous voulez assurer le nouveau montant refinancé, une nouvelle Proposition d'assurance devra être remplie et soumise à l'Assureur. Les conditions de la nouvelle demande d'assurance, dont les restrictions et exclusions, s'appliquent (incluant les taux de primes, l'âge du proposant et le Solde Assuré du prêt à la date de signature de la nouvelle demande).

Si elle est refusée, vous pouvez demander par écrit à l'Assureur, dans les **90 jours** qui suivent la date de son refus, de maintenir en vigueur

l'assurance qui couvrait le Prêt avant le Refinancement. L'Assureur maintiendra alors l'assurance que vous aviez mais ajustera les conditions (âge, primes, montant payable, exclusions) selon les conditions de la nouvelle Proposition d'assurance.

Si le Prêt est refinancé pendant que l'Assuré reçoit des prestations d'Invalidité, le montant des prestations sera celui qui était prévu avant le Refinancement sans toutefois excéder le montant du nouveau versement ou le montant maximum d'assurance payable. La période d'échéance sera la même que celle qui était prévue avant le Refinancement. Les prestations d'invalidité antérieures à la date du Refinancement seront reconnues dans la période maximale de prestations d'invalidité de la nouvelle demande.

Modification des taux de primes

L'Assureur se réserve le droit de modifier, en tout temps, le barème de taux de primes. Vous serez informé par courrier à l'adresse telle qu'elle figure à votre dossier.

2. Réclamation

Dans le cas où une réclamation d'assurance doit être produite, l'Assureur devra recevoir les documents suivants :

Réclamation en cas de décès

Les personnes responsables de la succession de l'Assuré devront communiquer avec l'Assureur afin d'obtenir une demande de règlement. Par la suite, cette demande devra être retournée à l'Assureur.

L'Assureur devra aussi recevoir un document écrit qui lui donne l'autorisation d'obtenir des renseignements médicaux sur la personne décédée.

L'Assureur devra recevoir une copie certifiée ou une version originale du certificat de décès.

Si le décès est accidentel, l'Assureur devra recevoir une copie du rapport du coroner, si disponible.

Vous devez transmettre tous les documents à l'Assureur aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Réclamation en cas de Maladies Graves ou de Mutilation Accidentelle

Dans le cas où un Assuré est diagnostiqué d'une Maladie Grave couverte par l'assurance (Cancer (mettant la vie en danger), Accident Vasculaire Cérébral ou Crise Cardiaque) ou en cas de Mutilation Accidentelle, vous devez communiquer avec l'Assureur afin d'obtenir une demande de règlement. Par la suite, cette demande devra être retournée à l'Assureur.

L'Assureur devra aussi recevoir un document écrit qui lui donne l'autorisation d'obtenir des renseignements sur votre dossier médical.

Vous devez faire remplir par votre médecin le formulaire « Déclaration du médecin traitant » que l'Assureur vous aura envoyé et lui retourner ce formulaire rempli.

Vous devez transmettre tous les documents à l'Assureur au plus tard 1 an à compter de la date de l'Événement Assuré. Si l'Assureur ne reçoit pas les documents à l'intérieur de ce délai de 1 an, l'Assuré perd son droit aux prestations pour l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle.

Réclamation en cas d'Invalidité

Vous devez communiquer avec l'Assureur afin d'obtenir une demande de règlement. Par la suite, cette demande devra être retournée à l'Assureur.

L'Assureur devra aussi recevoir un document écrit qui lui donne l'autorisation d'obtenir des renseignements sur votre dossier médical.

Vous devrez faire remplir par votre médecin le formulaire «Déclaration du médecin traitant» que l'Assureur vous aura envoyé et lui retourner ce formulaire rempli.

Vous devez respecter le Délai de carence de 60 jours avant de pouvoir recevoir des prestations. Par contre, vous pouvez soumettre votre réclamation avant la fin de ce délai. Vous êtes responsable d'effectuer les paiements dus sur le Prêt qui surviennent durant le Délai de carence et pendant la ou les périodes où l'Assureur évalue la réclamation.

Vous devez transmettre tous les documents à l'Assureur au plus tard 1 an à compter de la date de l'Événement Assuré. Si l'Assureur ne reçoit pas les documents à l'intérieur de ce délai de 1 an, l'Assuré perd son droit aux prestations pour l'assurance invalidité.

Récidives d'Invalidité : Pour être considérée comme une Récidive d'Invalidité de la première, la deuxième Invalidité doit avoir la même cause et se poursuivre pendant au moins 7 jours.

La nouvelle Invalidité sera considérée comme la poursuite (la Récidive d'invalidité) de la première et l'Assuré n'aura pas à subir de Délai de carence avant de pouvoir recevoir des prestations d'assurance invalidité, si les 2 périodes d'Invalidité sont séparées par moins de 91 jours.

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

Fin des prestations d'assurance Invalidité

Le paiement de prestations d'Invalidité se terminera au **premier** des événements suivants :

- **Fin de l'Invalidité :** la date à laquelle l'Assuré n'est plus invalide, selon la définition d'«Invalidité» de la page 8 de ce guide ;
- **Retour au travail :** la date à laquelle l'Assuré fait un retour (ou un retour progressif) au travail ou qu'il obtient une assignation temporaire. Le retour au travail peut être pour exécuter les tâches normales de l'emploi ou toute autre tâche, incluant les travaux légers ;
- **Activité payée :** le jour où l'Assuré se livre à une activité contre salaire ou profit ;
- **Preuves non soumises :** l'Assuré est en défaut de présenter les pièces justificatives demandées par l'Assureur ou de se soumettre à un examen médical ou à une évaluation par un consultant en réhabilitation, requis par l'Assureur ;

- ▶ **Fin du prêt :** le Prêt est complètement remboursé, la période prévue de remboursements est terminée ou le Prêt est fermé ;
- ▶ **Période maximale de remboursement atteinte :** la date où l'Assureur a versé 24 mois de prestations d'Invalidité pour une même Invalidité ou encore la date où 48 mois de prestations d'Invalidité ont eu lieu dans le cours de l'existence du Prêt ;
- ▶ **Âge maximal :** le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de 70 ans ;
- ▶ **Décès :** le décès de l'Assuré ou d'un coassuré, si une prestation d'assurance-vie devient payable ;
- ▶ **Maladie Grave ou Mutilation Accidentelle :** la date de diagnostic de Maladie Grave ou de Mutilation Accidentelle de l'Assuré ou d'un coassuré, si une prestation d'assurance maladies graves ou de mutilation accidentelle devient payable et que cette prestation couvre la totalité du Solde Assuré pour l'assurance-vie.

Délai de réponse de l'Assureur après réception d'une réclamation

Normalement, l'Assureur vous communique sa décision de verser ou non une prestation dans les 60 jours qui suivent la réception de tous les documents demandés.

Ce délai peut être plus long en raison de retard des médecins ou hôpitaux à fournir des documents demandés ou encore en raison de formulaires incomplets ou non signés.

Le paiement de la prestation, pour sa part, s'effectue généralement dans les 7 jours qui suivent la date de décision de l'Assureur.

Appel d'une décision de l'Assureur

Si vous désirez contester une décision de l'Assureur, vous devez retourner à l'Assureur un avis à l'analyste qui aura étudié votre dossier, ainsi que les documents qui justifient une révision de décision.

Si la situation n'est pas réglée à votre satisfaction, vous pouvez consulter l'Autorité des marchés financiers (voir coordonnées page 37) ou encore votre propre conseiller juridique.

3. Produits similaires

Il existe sur le marché d'autres produits d'assurance qui comportent de garanties semblables à celles présentées dans ce guide. Vérifiez que vous ne possédiez pas déjà une telle assurance.

4. Référence à l'Autorité des marchés financiers

Pour toute question qui concerne ce produit d'assurance, communiquez d'abord avec Assurance-vie Banque Nationale, dont les coordonnées apparaissent au début de ce guide.

Pour toute information additionnelle sur les obligations de l'assureur et du distributeur envers le client, communiquez avec :

L'Autorité des marchés financiers
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1

Téléphone :

Québec : 418 525-0337
Montréal : 514 395-0337
Ailleurs au Québec : 1 877 525-0337
Télécopieur : 418 525-9512
Internet : www.lautorite.qc.ca

Notes personnelles :

Montant
de la couverture : _____

Prime : _____

Autres : _____

5. Avis de résolution d'un contrat d'assurance

Avis donné par le distributeur

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

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 que vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature.** L'Assureur vous accorde 30 jours pour le faire. Pour cela, vous devez donner à l'assureur un avis par poste recommandée dans ce délai. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.

Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu (le prêt) 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 de 30 jours, vous avez la faculté de résilier l'assurance en tout temps ; mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour plus d'information, vous pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au 418 525-0337 ou encore 1 877 525-0337.

Avis de résolution d'un contrat d'assurance

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers.

Expédier par poste recommandée à :

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

Date de l'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 sur mon prêt.

Numéro du contrat :

Conclu le :

No du prêt :

Lieu de signature :

Nom du client :

Signature du client :

Loi sur la distribution de produits et services financiers

439. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique. Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

440. Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de la signature de ce contrat d'assurance, le résoudre.

441. Un client peut, par avis transmis par poste recommandée, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

442. Un contrat ne peut contenir de dispositions en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

443. Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

6. 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.



GÉRER

Pour des opérations bancaires quotidiennes qui vous simplifient la vie.



FINANCER

Pour la réalisation de tous vos projets selon vos événements de vie.



INVESTIR

Pour des projets à court terme ou pour votre retraite, des solutions et des conseils adaptés.



PROTÉGER

Pour avoir l'esprit tranquille, une protection d'assurance pour vous et vos biens.



TRANSMETTRE

Pour léguer votre patrimoine à ceux qui vous sont chers.



ENTREPRENDRE

Pour accompagner les décideurs dans le développement de leur entreprise.

❖ Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

514 871-7500 (région de Montréal)
1 877 871-7500 (ailleurs au Canada)

assurances@bnc.ca



30923-501 (05/2017)

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

Banque Nationale Assurances est une marque de commerce utilisée par Banque Nationale du Canada et certaines de ses filiales.