

Protection Carte de crédit Scotia

Certificat d'assurance

À conserver en lieu sûr.

Protection Carte de crédit Scotia^{MD}

Attestation d'assurance

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie certifie que le ou les assurés dont le nom figure dans le tableau des garanties sont couverts par le contrat suivant :

Police collective numéro XXXXX

établie pour

La Banque de Nouvelle-Écosse

Certains termes de la présente attestation et de votre tableau des garanties sont utilisés dans un sens particulier. Par exemple, « vous », « votre » et « vos » se rapportent au assuré principal nommé dans le tableau des garanties, « l'assureur » renvoie à Chubb du Canada compagnie d'assurance vie et « la Banque Scotia », à la Banque de Nouvelle-Écosse. Veuillez vous reporter à votre tableau des garanties, à la présente attestation et à l'article DÉFINITIONS, à la fin de l'attestation, pour prendre connaissance des autres définitions.

Les pages qui suivent résument les principales dispositions de la police collective. En cas de divergence entre ce résumé et la police collective, cette dernière prévaut. Vous pouvez en tout temps demander un exemplaire de la police collective et des modifications qui y ont été apportées en composant le **1-855-753-4272** ou en écrivant à :

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie
199 rue bay, bureau 2500,
CP 139, Commerce Court Postal Station,
Toronto, Ontario M5L 1E2

DROIT D'EXAMEN DE 30 JOURS

Vous pouvez annuler la couverture dans les 30 jours suivant sa date d'entrée en vigueur en appelant au **1-855-753-4272** ou en envoyant un avis d'annulation écrit par courrier au centre de traitement à Centre de traitement Assurance Canada, C.P. 1045, Stratford (Ontario) N5A 6W4. Le cas échéant, toute prime déjà payée vous sera remboursée au moyen d'un crédit à votre compte et la présente attestation sera considérée comme nulle depuis sa date d'entrée en vigueur.

Par : **Ellen J. Moore**
Président
Chubb du Canada compagnie d'assurance vie

**LA PRÉSENTE ATTESTATION CONTIENT DES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS.
IL FAUT LA CONSERVER EN LIEU SÛR.**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
ADMISSIBILITÉ	4
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE	4
CESSATION DE L'ASSURANCE	4
Changement/Transfert du compte	4
PRIMES	5
Changement des taux de prime	5
VUE D'ENSEMBLE DES PRESTATIONS	5
PAIEMENT DES PRESTATIONS	5
EXCLUSIONS GÉNÉRALES	5
CAPITAL-DÉCÈS (ASSURANCE VIE)	6
Exclusion particulière	6
PRESTATION EN CAS DE MALADIE GRAVE	6
Disposition particulière	7
Définition des maladies graves	7
Exclusions particulières	8
PRESTATION D'INVALIDITÉ	8
Définition de «invalidité»	9
Dispositions particulières	9
Exclusions particulières	9
Périodes successives d'invalidité	10
Preuve d'invalidité	10
PROTECTION EN CAS DE PERTE D'EMPLOI	10
Définitions relatives à la perte d'emploi	11
Dispositions particulières	11
Exclusions particulières	11
Pertes d'emploi successives	12
Attestation de perte d'emploi	12
PROTECTION EN CAS DE GRÈVE OU DE LOCKOUT	12
Définitions de «grève» et de «lockout»	13
Disposition particulière	13
Exclusions particulières	13
DEMANDES MULTIPLES	13
PRÉSENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS	14
Déclaration de sinistre et formulaires de demande de règlement	14
Attestation de sinistre	14
Droit d'examen	15
Paiements à effectuer en attendant une décision	15
RÉSILIATION DE L'ASSURANCE	15
AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS	15
Renseignements sur le contrat	15
Erreur sur l'âge	16
Fausses déclarations	16
Contestabilité de l'assurance	16
Monnaie du contrat	16
Incessibilité	16
Renseignements confidentiels	16
Prescriptions	17
Plaintes	17
DÉFINITIONS	18

INTRODUCTION

L'assurance garantie par la police collective est appelée dans la présente attestation la « Protection Carte de crédit Scotia ».

La présente attestation remplace toutes les attestations établies antérieurement à votre nom dans le cadre de la police collective.

La Protection Carte de crédit Scotia est une assurance facultative offerte à tous les titulaires d'une carte de crédit de la Banque Scotia pour les protéger contre les difficultés financières que peuvent entraîner les aléas de la vie.

ADMISSIBILITÉ

Vous devez remplir toutes les conditions ci-dessous pour être admissible à la couverture offerte par la police collective. À la date de votre demande d'adhésion à l'assurance, vous devez :

- être résident du Canada;
- avoir au moins 18 ans et au plus 69 ans;
- être le titulaire principal d'une carte de crédit admissible;
- avoir accepté les dispositions du contrat de la carte de crédit; et
- avoir un compte en règle et ne comportant pas de restriction.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

Votre assurance prend effet à la date d'entrée en vigueur qui figure dans votre tableau des garanties. Vous recevez confirmation de votre assurance et votre attestation par courrier dans les 30 jours suivant l'approbation de votre demande d'adhésion à la Protection Carte de crédit Scotia. Toutes les périodes d'assurance commencent et prennent fin à minuit une minute dans le fuseau horaire de votre dernière adresse entrée au dossier.

CESSATION DE L'ASSURANCE

Votre assurance au titre de la police collective prend fin au plus tard lorsque l'un des événements suivants se produit :

- vous décédez;
- votre demande de règlement des sommes dues en cas de maladie grave est acceptée;
- votre compte est fermé, sous réserve de l'article Changement/Transfert du compte;
- votre compte est gelé ou bloqué pour éviter tout débit;
- votre compte est en souffrance depuis plus de 60 jours;
- vous atteignez 70 ans, pour les protections maladie grave, invalidité, perte d'emploi et grève ou lockout;
- vous atteignez 80 ans, pour l'assurance vie;
- votre demande de résiliation de l'assurance est reçue; ou
- la police collective prend fin. Si la Banque Scotia ou l'assureur met fin à la police collective, un préavis écrit de 60 jours vous sera envoyé par la poste.

Changement/Transfert du compte

Si le numéro de votre carte est changé pour quelque raison ou si vous remplacez votre carte assurée par une nouvelle carte admissible, votre assurance est maintenue pour

la nouvelle carte ou la carte de remplacement, aux mêmes conditions que celles qui sont exposées dans la présente attestation.

PRIMES

La prime de la Protection Carte de crédit Scotia est de 1,09 \$ par tranche de 100 \$ de votre solde quotidien moyen jusqu'à votre 70^e anniversaire, après quoi elle est réduite à 0,49 \$ par tranche de 100 \$ jusqu'à la fin de votre période d'assurance. Les taxes provinciales sont ajoutées, s'il y a lieu. Pour plus de commodité, la prime est portée au débit de votre compte.

Changement des taux de prime

Les taux de prime de l'assurance Protection Carte de crédit Scotia peuvent être modifiés à l'occasion. Un avis est envoyé par la poste à votre adresse inscrite au dossier, au moins 60 jours avant la date du changement. Les taux de prime ne sauraient être modifiés plus d'une fois par période de 12 mois, sauf si la police collective fait l'objet d'une modification de ses garanties ou de ses conditions d'admissibilité, ou si la modification d'une loi ou d'un règlement influe directement sur la protection que procure la police collective.

VUE D'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Si vos primes ne sont pas en souffrance et que les renseignements que vous avez fournis lors de l'adhésion sont complets et exacts, la Protection Carte de crédit Scotia verse à la Banque Scotia les prestations suivantes, sous réserve des conditions et exclusions exposées aux présentes :

- le **capital-décès**, si vous ou le codébiteur décédez en cours de garantie;
- le **capital payable en cas de maladie grave**, si le médecin diagnostique chez vous ou chez le codébiteur, en cours de garantie, l'une des maladies graves assurées;
- la **prestation d'invalidité**, si vous ou le codébiteur du compte devenez invalide en cours de garantie;
- la **prestation en cas de perte d'emploi**, si vous ou le codébiteur du compte tombez au chômage en cours de garantie;
- la **prestation en cas de grève ou de lockout**, si vous ou le codébiteur du compte tombez au chômage en cours de garantie à cause d'une grève ou d'un lockout.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Toutes les prestations payables au titre de la police collective sont versées à la Banque Scotia pour amortissement partiel ou intégral du solde de votre compte assuré.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation n'est payable au titre de la présente assurance si le décès, la maladie grave ou l'invalidité résulte, directement ou indirectement, de ce qui suit :

- blessure que l'assuré s'inflige intentionnellement, suicide ou tentative de suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non (dans le cas du décès et de l'invalidité, cette exclusion ne s'applique que pendant les 12 premiers mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de votre assurance);

- guerre, déclarée ou non, sauf si l'assuré est un membre en service actif des Forces armées canadiennes ou de la Réserve des Forces armées canadiennes;
- toute contamination nucléaire, chimique ou biologique résultant d'un acte de terrorisme;
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- consommation intentionnelle de drogue, sauf s'il s'agit de médicaments prescrits par le médecin et si la posologie est respectée;
- absorption, administration et inhalation volontaires de toute substance toxique, de gaz ou de fumée;
- conduite ou contrôle de tout véhicule ou toute embarcation à moteur avec un taux d'alcool dans le sang dépassant la limite permise là où le décès, la maladie grave ou l'invalidité est survenue; ou
- toute affection préexistante, si le décès, la maladie grave ou l'invalidité survient au cours des 12 mois qui suivent l'entrée en vigueur de votre assurance. Aux fins de la présente exclusion, « affection préexistante » s'entend de toute maladie ou blessure pour laquelle vous ou le codébiteur, selon le cas, avez reçu des conseils médicaux, consulté un médecin, fait l'objet d'examens ou reçu un diagnostic, ou pour laquelle un traitement a été nécessaire ou vous a été recommandé par le médecin, au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrée en vigueur de votre assurance.

CAPITAL-DÉCÈS (ASSURANCE VIE)

Le capital-décès est égal au montant indiqué au point 1. ci dessous, ou au point 2, s'il est MOINS élevé :

1. La somme de ce qui suit :
 - (a) solde de votre compte le jour du décès; et
 - (b) intérêts facturés par la Banque Scotia sur le solde de votre compte, de la date du décès jusqu'à la date du paiement du capital; toutefois, les intérêts sont limités à 120 jours, peu importe la période de temps écoulée entre la date du décès et celle du paiement du capital; ou
2. 50 000 \$ par compte assuré, soit le maximum payable en cas de décès.

Exclusion particulière

Le capital-décès n'est pas payable si le décès est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes énumérées à l'article EXCLUSIONS GÉNÉRALES.

PRESTATION EN CAS DE MALADIE GRAVE

La prestation payable en cas de maladie grave est égale au montant indiqué au point 1 ci-dessous, ou au point 2 s'il est MOINS élevé :

1. La somme de ce qui suit :
 - (a) solde de votre compte le jour du diagnostic de la maladie grave; et
 - (b) intérêts facturés par la Banque Scotia sur le solde de votre compte, de la date du diagnostic jusqu'à la date du paiement du capital; toutefois, les intérêts sont limités à 120 jours, peu importe la période de temps écoulée entre la date du diagnostic et celle du paiement du capital; ou

2. 50 000 \$ par compte assuré, soit le maximum payable en cas de maladie grave.

Disposition particulière

Le capital payable en cas de maladie grave n'est versé que si le médecin diagnostique une maladie grave assurée avant le 70^e anniversaire de l'assuré.

Définition des maladies graves

Seules les maladies graves définies ci-après sont couvertes, soit la crise cardiaque, l'AVC, le pontage coronarien, le cancer, la cécité, la paralysie, la surdité et le coma :

- **Crise cardiaque** s'entend de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque par suite d'une obstruction du flux sanguin, qui entraîne la hausse et la baisse de marqueurs biochimiques du cœur jusqu'à des niveaux permettant de diagnostiquer un infarctus du myocarde, si au moins un des symptômes suivants est présent :
 - (a) évolution électro-cardiographique (ECG) évoquant un infarctus du myocarde; ou
 - (b) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris mais pas exclusivement une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic doit être formulé par écrit par un médecin spécialiste de la médecine interne ou par un cardiologue.

Aucune prestation n'est payable en cas d'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques inférieure à 1, ni en cas de changements à l'ECG évoquant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque donnée précédemment.

- **AVC** s'entend d'un accident vasculaire cérébral, à l'exclusion de l'accident ischémique transitoire qui laisse des séquelles neurologiques qui durent plus de 24 heures, et comprenant l'infarcissement des tissus du cerveau, l'hémorragie d'un vaisseau intracrânien et l'embolie ayant une cause extracrânienne. Le diagnostic doit être formulé par écrit par un neurologue dûment autorisé et il doit y avoir des signes de déficit neurologique permanent persistant durant au moins 30 jours consécutifs.

Aucune prestation n'est payable en cas d'accident ischémique transitoire (AIT), souvent appelé « mini AVC », qui est exclu aux termes de la présente définition.

- **Pontage coronarien** s'entend d'une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronarienne au moyen de greffes artérielles. Un cardiologue dûment autorisé doit confirmer par écrit la nécessité de l'intervention.

Le pontage coronarien ne comprend pas les techniques non chirurgicales telles l'angioplastie par ballonnet, l'utilisation du laser à des fins de désobstruction et les autres procédures intra-artérielles.

- **Cancer** s'entend d'une tumeur maligne caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic doit être formulé par écrit par un oncologue dûment autorisé.

Aux fins de la présente assurance, le terme « cancer » exclut ce qui suit :

- (a) cancer de la peau qui n'est pas un mélanome invasif malin et dont l'épaisseur ne dépasse pas 0,75 mm;
- (b) carcinome in situ;
- (c) sarcome de Kaposi ou tumeurs cancéreuses en présence de tout virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
- (d) cancer de la prostate au stade A (T1 N0 M0 ou autre équivalent); ou
- (e) lésions précancéreuses, tumeurs bénignes ou polypes.

Aucune prestation n'est payable si le diagnostic de cancer est posé dans les 90 jours de la date d'entrée en vigueur de l'assurance, ou si un examen donnant lieu à un diagnostic de cancer est effectué pendant cette période de 60 jours.

- **Cécité** s'entend de la perte permanente et incurable de la vision d'un seul oeil ou des deux yeux. L'acuité visuelle corrigée doit être inférieure à 20/200 pour un seul oeil ou les deux yeux (incapacité de lire à vingt pieds une lettre conçue pour être lue à une distance de 200 pieds) ou le champ visuel d'un seul oeil ou des deux yeux est inférieur à 20 degrés. Le diagnostic doit être formulé par écrit par un ophtalmologue dûment autorisé et la cécité doit être considérée comme permanente et incurable.
- **Paralysie** s'entend de la perte totale et définitive des fonctions d'au moins un membre, par suite de troubles neurologiques causés par une blessure ou une maladie. Le diagnostic doit être formulé par écrit par un neurologue dûment autorisé et il doit y avoir des preuves médicales que la paralysie a persisté durant au moins 60 jours consécutifs.

Aucune prestation pour maladie grave n'est payable si le diagnostic de paralysie est posé au cours des 60 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

- **Surdité** s'entend de la perte permanente de la capacité auditive d'une seule oreille ou des deux oreilles, avec un seuil auditif de plus de 90 db dans une seule oreille ou dans chaque oreille. Le diagnostic doit être formulé par écrit par un oto-rhino-laryngologue dûment autorisé.
- **Coma** s'entend d'un état d'inconscience dans lequel la stimulation externe ne produit que des réflexes primitifs d'évitement. Le diagnostic doit être posé par écrit par un neurologue dûment autorisé et il doit y avoir des preuves médicales écrites que l'état d'inconscience a persisté durant au moins 96 heures consécutives.

Exclusions particulières

La prestation pour maladie grave n'est pas payable si la maladie est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes :

- toute cause figurant dans l'article EXCLUSIONS GÉNÉRALES; ou
- toute cause exclue de la définition des différentes maladies graves couvertes.

PRESTATION D'INVALIDITÉ

La prestation d'invalidité mensuelle est égale  la somme de ce qui suit :

1. Le MOINDRE de :

- (a) 10 % du solde de votre compte  la date de votre invalidité; ou

- (b) 5 000 \$ par compte assuré, soit la prestation mensuelle maximale en cas d'invalidité; et
2. La prime à l'égard du solde du compte couvert par la demande de prestations, moins les prestations payées.

Si la somme calculée ci-dessus est inférieure à 10 \$, la prestation mensuelle d'invalidité correspond au montant le moins élevé entre 10 \$ et le solde de votre compte. Les prestations d'invalidité mensuelles sont payées rétroactivement à compter du premier jour de l'invalidité. Leur versement commence le 31^e jour qui suit le début de l'invalidité et prend fin au plus tard :

- le 30^e jour qui suit le retour au travail de l'assuré;
- le jour où le solde du compte est payé en entier;
- le jour où le montant des prestations d'invalidité mensuelles versées atteint 50 000 \$ par compte assuré;
- la date d'expiration d'une période de 10 mois de versement des prestations d'invalidité mensuelles; ou,
- le jour du 70^e anniversaire du demandeur.

La prestation d'invalidité mensuelle n'est pas versée si le demandeur est invalide pendant moins de 30 jours consécutifs.

Définition de «invalidité»

«Invalidité» s'entend de l'incapacité du demandeur à effectuer les tâches essentielles de son emploi en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'un trouble mental ou nerveux durant une période d'au moins 30 jours consécutifs.

Dispositions particulières

La prestation d'invalidité mensuelle n'est versée que si le demandeur

- (a) avait un emploi, c'est-à-dire qu'il a travaillé à temps plein durant une période ininterrompue d'au moins 180 jours, en contrepartie d'un salaire ou d'une autre forme de rémunération, pour un ou plusieurs employeurs, au moins 20 heures par semaine immédiatement avant la date du début de l'invalidité. Les 20 heures de travail hebdomadaires doivent être continues et elles ne doivent pas constituer une moyenne; et
- (b) devient invalide le jour de son 70^e anniversaire au plus tard.

Exclusions particulières

La prestation d'invalidité mensuelle n'est pas payable si l'invalidité est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes:

- toute cause exclue selon l'article EXCLUSIONS GÉNÉRALES;
- grossesse ou accouchement normaux, sauf en cas de complications dues à une grossesse anormale ou à un accouchement anormal; ou
- toute période durant laquelle le demandeur n'est pas régulièrement suivi et traité par le médecin.

Périodes successives d'invalidité

Si le demandeur cesse d'être invalide pendant 30 jours consécutifs et le redevient par la suite, il doit présenter une nouvelle demande de prestations pour cette nouvelle période d'invalidité sous réserve de son admissibilité.

Si, au plus tard 30 jours après la fin du versement des prestations d'invalidité mensuelles pour une invalidité (appelée dans le présent article « l'invalidité précédente »), le demandeur devient invalide par suite de la même cause que l'invalidité précédente ou par suite d'une cause connexe, le calcul et le versement des prestations d'invalidité mensuelles sont basés sur l'invalidité précédente.

La somme des prestations payables pour une période successive d'invalidité ne saurait dépasser le montant maximum qui aurait été payable pour l'invalidité précédente.

Preuve d'invalidité

En plus des pièces justificatives décrites à l'article PRÉSENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS de la présente Attestation d'assurance, les exigences suivantes s'appliquent :

À l'appui de votre demande de prestations d'invalidité, vous devez présenter une déclaration écrite de votre médecin, dans une forme jugée satisfaisante par l'assureur, confirmant votre invalidité. L'assureur peut également faire examiner le demandeur par un médecin choisi par l'assureur.

Le demandeur peut devoir présenter les pièces suivantes :

- (a) une permission écrite autorisant l'assureur à obtenir des renseignements sur la santé du demandeur auprès de ses anciens employeurs et de ses prestataires de soins médicaux; et
- (b) une attestation de la prolongation de l'invalidité, aussi souvent que cela est jugé raisonnablement nécessaire après le début du versement des prestations d'invalidité mensuelles.

Le demandeur doit présenter les pièces justificatives et accepter de subir les examens ci-dessus pour avoir droit aux prestations d'invalidité mensuelles.

PROTECTION EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

La prestation mensuelle pour perte d'emploi est égale à la somme de ce qui suit:

1. Le MOINDRE de :
 - (a) 10 % du solde de votre compte le jour de la perte de votre emploi; ou
 - (b) 5 000 \$ par compte assuré, soit la prestation mensuelle maximale pour perte d'emploi.
2. La prime à l'égard du solde du compte couvert par la demande de prestations, moins les prestations payées.

Si la somme calculée ci-dessus est inférieure à 10 \$, la prestation mensuelle en cas de perte d'emploi correspond au montant le moins élevé entre 10 \$ et le solde de votre compte. Les prestations mensuelles pour perte d'emploi sont payées rétroactivement à compter du premier jour où le demandeur est sans emploi. Leur versement commence 31 jours après la perte de l'emploi et prend fin au plus tard :

- le 30^e jour qui suit la réintégration au travail ou le retour au travail autonome du demandeur;
 - le jour de l'acquittement intégral du solde du compte;
 - le jour où le montant des prestations mensuelles versées pour perte d'emploi atteint 50 000 \$ par compte assuré;
 - le jour de l'expiration d'une période de 10 mois de versement des prestations mensuelles pour perte d'emploi; ou,
 - le jour du 70^e anniversaire du demandeur.
- La prestation pour perte d'emploi n'est pas versée si le demandeur est sans emploi pendant moins de 30 jours consécutifs.

Définitions relatives à la perte d'emploi

Personnes ayant un emploi – Aux fins de la présente section, une personne est considérée comme ayant un emploi, ou comme ayant eu un emploi, si elle a travaillé à temps plein pendant une période ininterrompue d'au moins 180 jours en contrepartie d'un salaire ou d'une autre forme de rémunération, pour un ou plusieurs employeurs, au moins 20 heures par semaine immédiatement avant la date du début de la perte d'emploi du demandeur. Ces 20 heures doivent être travaillées chaque semaine et non obtenues par le calcul d'une moyenne.

Travailleurs autonomes – Aux fins de la prestation pour perte d'emploi, une personne est considérée comme étant un travailleur autonome, ou comme ayant été un travailleur autonome, si elle a travaillé afin de tirer un revenu d'un métier ou d'une profession qu'elle a exercé, d'une société de personnes dont elle a été un associé, de sa propre entreprise, ou d'une société fermée ou autre entité dans laquelle elle détenait une participation.

Dispositions particulières

Personnes ayant un emploi – La prestation mensuelle pour perte d'emploi est versée seulement si la personne ayant un emploi est mise à pied par son employeur ou si celui-ci met fin à ses services. La date de réception de l'avis de mise à pied ou de cessation des services est considérée comme le début de la perte d'emploi, quelle que soit la date d'effet de la mise à pied ou de la cessation indiquée dans l'avis.

Travailleurs autonomes – La prestation mensuelle pour perte d'emploi n'est versée que si le travailleur autonome est mis en faillite par suite d'une requête présentée par un créancier en vertu de la Loi sur la faillite et l'insolvabilité du Canada.

Le demandeur doit avoir perdu son emploi le jour de son 70^e anniversaire au plus tard pour avoir droit aux prestations.

Exclusions particulières

La prestation mensuelle pour perte d'emploi n'est pas payable si :

- (a) le demandeur perd son emploi dans les 30 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de la couverture; ou
- (b) le demandeur savait qu'il était sur le point de perdre son emploi lorsqu'il a rempli la demande d'adhésion à l'assurance; ou

(c) la perte d'emploi est directement ou indirectement attribuable à ce qui suit :

- démission ou départ à la retraite;
- congédiement pour un motif déterminé;
- invalidité donnant lieu au versement de prestations au titre de la présente assurance;
- grève ou lockout. Les prestations payables en cas de grève ou de lockout sont décrites à l'article PROTECTION EN CAS DE GRÈVE OU DE LOCKOUT.

Pertes d'emploi successives

Si la prestation mensuelle pour perte d'emploi a été versée à l'égard d'une première demande de règlement (appelée dans la présente section la « demande de prestations pour perte d'emploi précédente ») et que dans les 180 jours qui suivent la fin de ces prestations le demandeur perd à nouveau son emploi, la prestation payable sera la même que la prestation versée au titre de la demande de prestations pour perte d'emploi précédente.

Le total des prestations versées au titre de la demande précédente et de la nouvelle demande ne doit pas dépasser le montant maximum payable à l'égard de la demande précédente.

Attestation de perte d'emploi

En plus des pièces justificatives décrites à l'article PRÉSENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS, les exigences particulières suivantes s'appliquent :

Si le demandeur avait un emploi, il doit présenter les pièces suivantes à l'appui de sa demande de prestations pour perte d'emploi :

- (a) renseignements fournis par les ex-employeurs du demandeur; et
- (b) pièce attestant que, dans les 15 jours qui ont suivi la perte d'emploi, le demandeur a fait une demande de prestations d'assurance-emploi à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) ou a reçu les prestations maximales payables par la CAEC; et
- (c) pièce attestant que le demandeur cherche activement du travail.

Le demandeur doit rester inscrit à la CAEC tant qu'il a droit à des prestations de la CAEC. Qu'il ait un emploi ou qu'il soit travailleur autonome, le demandeur peut être appelé à démontrer qu'il est toujours au chômage, aussi souvent que cela peut être raisonnablement exigé après le début du versement des prestations mensuelles pour perte d'emploi.

PROTECTION EN CAS DE GRÈVE OU DE LOCKOUT

La prestation mensuelle en cas de grève ou de lockout est égale au total de ce qui suit :

1. Le MOINDRE de :

- (a) 10 % du solde de votre compte le jour du début de la grève ou du lockout; ou
- (b) 5 000 \$ par compte assuré, soit la prestation mensuelle maximale en cas de grève ou de lockout.

2. La prime à l'égard du solde du compte couvert par la demande de prestations, moins les prestations payées.

Si la somme calculée ci-dessus est inférieure à 10 \$, la prestation mensuelle en cas de grève ou lockout correspond au montant le moins élevé entre 10 \$ et le solde de votre compte. Les prestations mensuelles en cas de grève ou de lockout sont payées rétroactivement à compter du premier jour de grève ou de lockout. Leur versement commence le 31^e jour de la grève ou du lockout et prend fin au plus tard :

- le 30^e jour qui suit la fin de la grève ou du lockout;
- le jour de l'acquittement intégral du solde du compte;
- le jour où le montant des prestations mensuelles versées en cas de grève ou de lockout atteint 50 000 \$ par compte assuré;
- le jour de l'expiration d'une période de 10 mois de versement des prestations en cas de grève ou de lockout; ou,
- le jour du 70^e anniversaire du demandeur.

La prestation mensuelle en cas de grève ou de lockout n'est pas versée si la grève ou le lockout dure moins de 30 jours consécutifs.

Définitions de «grève» et de «lockout»

«Grève» s'entend de toute perturbation du travail provoquée par un groupe d'employés auquel le demandeur appartient dans le but de restreindre la production d'un ou de plusieurs employeurs. «Lockout» s'entend d'un acte par lequel l'employeur du demandeur ferme temporairement son lieu de travail ou suspend temporairement son emploi sans y mettre fin.

Disposition particulière

Les prestations ne sont versées que si la grève ou le lockout se produit avant le 70^e anniversaire du demandeur.

Exclusions particulières

La prestation mensuelle en cas de grève ou de lockout n'est pas payable si :

- (a) la grève ou le lockout survient au cours des 30 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance, ou
- (b) le demandeur a occupé un emploi pendant moins de 24 semaines consécutives immédiatement avant la date de la grève ou du lockout; ou
- (c) la grève ou le lockout ne respectent pas les lois en vigueur ou les conditions de la convention entre le groupe d'employés et l'employeur.

DEMANDES MULTIPLES

Les prestations versées par suite de la réalisation d'un risque assuré ne sont pas payables par suite de la réalisation d'un autre risque assuré attribuable à la même cause. Si les demandeurs ont droit simultanément à des prestations par suite de la réalisation de plusieurs risques couverts par la présente attestation, la somme versée ne doit pas dépasser le montant d'assurance le plus élevé. Les demandeurs n'ont donc droit qu'à une prestation à la fois.

Si vous et le codébiteur du compte assuré décédez tous deux, ou recevez tous deux un diagnostic de maladie grave, dans un intervalle de 30 jours, et si le capital-décès ou la prestation pour maladie grave était normalement payable, n'eût été de la présente

section, la Protection Carte de crédit Scotia ne verse que la prestation payable à l'égard de la première personne qui est décédée ou a reçu un diagnostic de maladie grave.

Si la prestation mensuelle d'invalidité, la prestation pour perte d'emploi ou la prestation en cas de grève ou de lockout est payable à votre égard et à l'égard du codébiteur du compte assuré pour la même période ou pour des périodes qui se chevauchent, la prestation payable pour la première personne qui a subi un sinistre est déterminée de la manière habituelle conformément aux dispositions de la garantie en cause. Par contre, pour la deuxième personne qui subit un sinistre, la prestation est basée sur la différence entre le solde du compte le jour où cette deuxième personne subit un sinistre et le solde pris en compte pour le calcul de la prestation de la première personne, moins les prestations mensuelles versées afin de réduire le solde du compte de la première personne. Toutefois, les prestations pour les deux demandes de règlement ne doivent pas dépasser 5 000 \$ par mois par compte ni 50 000 \$ en tout par compte assuré.

PRÉSENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS

Déclaration de sinistre et formulaires de demande de règlement

Vous, ou un représentant du demandeur, devez déclarer à l'assureur le décès, la maladie grave, l'invalidité, la perte d'emploi ou la grève ou le lockout dans les 30 jours de sa survenance.

Vous, ou le représentant, pouvez demander un formulaire de demande de règlement en composant le 1-855-753-4272 ou en transmettant une déclaration écrite à :

Centre de traitement Assurance Canada
C.P. 1045
Stratford (Ontario)
N5A 6W4

Le numéro de la police collective XXXXX doit figurer dans tous les avis écrits. Dès qu'il est informé du sinistre, verbalement ou par écrit, l'assureur envoie, à vous ou au représentant du demandeur, le formulaire de demande de règlement et les directives à suivre pour le remplir.

Attestation de sinistre

Vous ou le représentant du demandeur devez envoyer à l'assureur, à l'adresse qui figure à l'article Déclaration de sinistre et formulaires de demande de règlement, une attestation écrite du sinistre (le formulaire de demande de règlement dûment rempli et des documents à l'appui) dans les 90 jours du décès, du diagnostic de maladie grave, de l'invalidité, de la perte d'emploi ou de la grève ou du lockout.

Si l'assureur ne reçoit pas l'attestation de sinistre dans le délai prescrit, la demande ne sera traitée que si vous ou le représentant du demandeur pouvez fournir une explication raisonnable du retard. Cependant, le délai maximal ne saurait dépasser un an à compter de la date du décès, du diagnostic de maladie grave, de l'invalidité, de la perte d'emploi ou de la grève ou du lockout.

Les frais engagés pour faire remplir un formulaire de demande de règlement ou obtenir les documents à l'appui de la demande sont à votre charge ou à celle du représentant du demandeur.

Aucune prestation n'est versée si vous ou le représentant du demandeur refusez de présenter un formulaire de demande de règlement ou toute documentation ou attestation demandée, ou qui pourrait être demandée, à l'appui de la demande de règlement.

Droit d'examen

En cas de décès, l'assureur a le droit de demander une autopsie là où la loi l'y autorise.

Paiements à effectuer en attendant une décision

Vous devez continuer de faire vos paiements mensuels minimums en attendant que l'assureur prenne une décision relativement à toute demande de règlement présentée au titre de la présente attestation.

RÉSILIATION DE L'ASSURANCE

Vous pouvez résilier l'assurance en tout temps en appelant au numéro suivant :

1-855-753-4272

du lundi au vendredi
de 8 h à 20 h (HE)

ou en envoyant un avis écrit à l'adresse suivante :

Centre de traitement Assurance Canada
C.P. 1045
Stratford (Ontario)
N5A 6W4

AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Renseignements sur le contrat

Le contrat d'assurance comprend la police collective et toutes ses modifications, ainsi que tous les formulaires utilisés pour adhérer à l'assurance, y compris le formulaire d'adhésion en ligne, le formulaire d'adhésion reçu dans une succursale et la fiche d'adhésion remplie par un télévendeur. Les conditions d'assurance énoncées dans la présente attestation et dans votre tableau des garanties ne sauraient être modifiées par des déclarations non écrites, qui n'ont aucune force exécutoire.

La Banque Scotia et l'assureur peuvent s'entendre à l'occasion pour modifier la police collective. Les modifications apportées à la police ne sont valides que si elles sont acceptées par des représentants autorisés de la Banque Scotia et de l'assureur. Vous recevez un préavis de 60 jours en cas de modification de la police collective. Vous serez réputé avoir reçu cet avis le troisième jour ouvrable suivant son envoi à l'adresse qui figure dans votre dossier.

Si la Banque Scotia ou l'assureur fait une erreur d'écriture dans leurs dossiers de la police collective, l'erreur commise ne saurait modifier ni annuler votre

couverture ni maintenir en vigueur une assurance qui aurait dû prendre fin par ailleurs pour des raisons valables.

Tous les droits et toutes les obligations au titre de la police collective sont régis par les lois du Canada et de la province dans laquelle vous résidez.

Aux termes des présentes, vous ou un demandeur avez le droit de consulter et d'obtenir sur demande un exemplaire de votre demande de Protection Carte de crédit Scotia, de toute preuve écrite ou de tout dossier d'assurabilité (selon le cas) et de la police d'assurance collective, sous réserve de certaines restrictions.

Erreur sur l'âge

En cas d'erreur sur l'âge, si votre âge exact vous rendait non admissible à la Protection Carte de crédit Scotia, la responsabilité de l'assureur se limiterait au remboursement des primes payées et l'assurance serait annulée comme si elle n'avait jamais existé.

Par contre, si votre âge exact vous avait rendu admissible à l'assurance, c'est l'âge exact qui servirait à déterminer si des prestations sont payables.

Fausses déclarations

Toute fausse déclaration dans la demande d'adhésion à la Protection Carte de crédit Scotia entraîne la nullité de l'assurance.

Contestabilité de l'assurance

L'assurance au titre de la police collective peut être contestée conformément aux lois du territoire où réside l'assuré.

Monnaie du contrat

Tous les versements prévus par la police collective seront effectués au cours légal du Canada ou des États-Unis, selon la monnaie applicable à votre carte de crédit de la Banque Scotia.

Incessibilité

Il est interdit de céder à qui que ce soit vos droits et intérêts dans votre assurance.

Renseignements confidentiels

Afin d'administrer la présente assurance, l'assureur ouvre un dossier de règlement décès, maladie grave, invalidité, perte d'emploi et grève ou lockout, dès qu'il reçoit la déclaration de sinistre.

L'assureur conserve votre ou vos dossiers dans ses bureaux, afin de protéger la nature confidentielle de vos renseignements personnels, et seules les personnes suivantes y ont accès :

- les employés de l'assureur;
- les représentants chargés de la tarification, de l'administration, des enquêtes et des demandes de règlement; et
- toute autre personne autorisée par vous.

Si vous souhaitez consulter votre dossier, et y faire apporter des rectifications au besoin, vous pouvez envoyer une demande écrite à l'adresse suivante :

Chargé de la protection des renseignements personnels
Chubb du Canada compagnie d'assurance vie
199 rue bay, bureau 2500,
CP 139, Commerce Court Postal Station,
Toronto, Ontario M5L 1E2

L'assureur répondra dans les 30 jours suivant la réception de votre demande.

Prescriptions

Aucune action en droit ou en équité ne peut être intentée au titre de la présente police d'assurance collective avant que 60 jours ne se soient écoulés après la présentation de la preuve écrite de sinistre en conformité avec les exigences de la police d'assurance collective.

Toute action ou poursuite contre un assureur pour le recouvrement de montants d'assurance payables en vertu du contrat est absolument interdite à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai prescrit par l'Insurance Act (pour les actions et les poursuites intentées en vertu des lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), par The Insurance Act (pour les actions et les poursuites intentées en vertu des lois du Manitoba), par la Loi sur la prescription des actions de 2002 (pour les actions et les poursuites intentées en vertu des lois de l'Ontario) ou par toute autre loi applicable. En ce qui concerne les actions et les poursuites intentées en vertu des lois du Québec, le délai de prescription est établi dans le Code civil du Québec.

Plaintes

Si vous avez une plainte ou une question au sujet de tout aspect de l'assurance de votre compte, vous pouvez appeler au 1-855-753-4272 entre 8 h et 20 h (HE), du lundi au vendredi. Si la réponse à votre plainte ou à votre question ne vous satisfait pas, pour quelque raison, vous pouvez vous adresser par écrit au service suivant :

Ombudsman des assurances de personnes
401, rue Bay, C. P. 7
Toronto (Ontario) M5H 2Y4

Si votre plainte ou votre question concerne une disposition relative aux consommateurs en vertu d'une loi fédérale, veuillez vous adresser à l'Agence de la consommation en matière financière du Canada au 1-866-461-3222 ou par écrit à :

Agence de la consommation en matière financière du Canada
427, avenue Laurier Ouest, 6^e étage
Ottawa (Ontario) K1R 1B9

DÉFINITIONS

Les mots ci-dessous utilisés dans la présente attestation ou dans votre tableau des garanties ont le sens suivant :

Assuré principal

s'entend du client de La Banque de Nouvelle-Écosse dont la demande d'assurance a été acceptée et qui figure à titre de «premier assuré» ou d'«assuré» dans le tableau des garanties.

Assureur

s'entend de Chubb du Canada compagnie d'assurance vie.

Banque Scotia

s'entend de La Banque de Nouvelle-Écosse.

Carte de crédit

s'entend d'une carte de crédit pour particulier émise par la Banque Scotia.

Codébiteur

s'entend d'une personne ayant au moins dix-huit (18) ans et moins de soixante-dix (70) ans pour les protections maladie grave, invalidité, perte d'emploi et grève ou lockout, ou moins de 80 ans pour l'assurance vie, et qui est désignée comme codébiteur au titre d'un compte.

Compte

s'entend de votre compte de carte de crédit.

Compte comportant des restrictions

s'entend d'un compte qui a été bloqué, fermé ou dont l'accès est autrement interdit afin d'empêcher de nouveaux débits.

Contrat de la carte de crédit

s'entend de la convention de crédit renouvelable que vous avez signée avec la Banque Scotia.

Date d'entrée en vigueur

s'entend du moment auquel l'assurance prend effet, comme indiqué au tableau des garanties

Date du relevé

s'entend de la date qui figure dans le relevé mensuel de votre compte de carte de crédit de la Banque Scotia. C'est la dernière date de la période de référence du relevé pour laquelle un relevé de compte est imprimé.

Débiteur principal

s'entend du client de La Banque de Nouvelle-Écosse qui est désigné à ce titre dans un compte.

Demandeur

s'entend du principal assuré ou du codébiteur du compte assuré à l'égard de qui une demande de règlement en cas de décès, d'invalidité, de maladie grave, de perte d'emploi ou de grève ou de lockout est présentée.

En règle

s'entend du fait que les paiements de votre compte ne sont pas en souffrance ou que le compte n'est pas radié ou suspendu ou que le crédit n'est pas révoqué ou annulé.

Médecin

s'entend du docteur en médecine dûment autorisé à pratiquer la médecine, ou tout autre praticien reconnu par le collège des médecins et des chirurgiens de la province ou du pays dans lequel le traitement est reçu. Le médecin ne doit pas être l'assuré principal (vous) ni un membre de la famille immédiate de l'assuré principal. La famille immédiate comprend votre conjoint, père, mère, beau-père, belle-mère, fils, fille, gendre, bru, frère, soeur, beau-frère, belle-soeur, beau-père, belle-mère, beau-fils, belle-fille, demi-frère ou demi-soeur.

Police collective

s'entend de la police numéro XXXXX établie par Chubb du Canada compagnie d'assurance vie pour La Banque de Nouvelle-Écosse.

Sinistre

s'entend du décès, de la maladie grave, de l'invalidité, de la perte d'emploi ou de la grève ou du lockout.

Solde du compte

s'entend du solde impayé de votre compte à la date de votre décès, diagnostic de maladie grave, invalidité, perte d'emploi ou grève ou lockout, selon le cas. Le solde du compte comprend tous les frais engagés et tous les paiements faits à l'égard de votre compte avant la date concernée, même si ces frais ou paiements ne figurent pas encore dans votre compte ou votre relevé de compte mensuel.

Solde quotidien moyen

résultat du calcul visant à établir le montant de la dette de votre compte. Le solde quotidien de votre compte sert à calculer le montant de la prime pour la période de facturation.

Tableau des garanties

s'entend du tableau de la présente attestation d'assurance qui indique le nom de l'assuré principal et la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Traitements

s'entend des conseils, consultations, soins, traitements et services fournis par le médecin. Cela comprend entre autres les actes diagnostiques, l'administration de médicaments sous forme de pilules, d'injections ou autres modes de traitement.

Vous, votre et vos

se rapportent à l'assuré principal désigné dans le tableau des garanties.

Pour simplifier votre assurance, visitez:
financierescotiavie.com

MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse utilisée sous licence. Financière ScotiaVie est la marque des affaires d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes.

1471430
(10/17)