

Attestation D'assurance Assurance Solde VISA SCOTIA^{MC}*

En vertu de la police collective numéro TML600015

Couverture souscrite auprès de : Assurance-Vie ACE INA

La présente attestation d'assurance décrit les garanties suivantes qui sont offertes en vertu du régime d'assurance solde VISA Scotia :

*Garantie d'assurance en cas de décès
Garantie d'assurance en cas de décès par accident
Garantie d'assurance en cas de maladie grave
Garantie d'assurance-invalidité
Garantie d'assurance en cas de chômage involontaire*

Vous n'êtes pas nécessairement assuré en vertu de toutes ces garanties.

Vous devez lire votre tableau d'assurance et votre attestation d'assurance ensemble pour déterminer l'assurance que vous avez souscrite ainsi que les garanties en vertu desquelles vous êtes couvert.

*Certains des mots utilisés dans la présente attestation d'assurance et dans votre tableau d'assurance ont un sens particulier et ils sont définis ci-après. Par exemple, par **nous**, **notre** et la **compagnie**, on entend Assurance-Vie, ACE INA (ACE), l'assureur de la police décrite dans la présente attestation d'assurance. Par **vous** et **votre**, on entend la personne assurée ou les personnes assurées. Par **banque**, on entend La Banque de Nouvelle-Écosse. Veuillez vous reporter à votre tableau d'assurance, à la présente attestation d'assurance et à la section Définitions à la fin des présentes pour d'autres définitions.*



Head Office
The Exchange Tower
130 King Street West
12th Floor
Toronto, Ontario
M5X 1A6

INTRODUCTION

Si votre nom figure sur le tableau d'assurance, vous êtes couvert en vertu de la police d'assurance collective des créanciers numéro TML600015 (**la police collective**) que nous avons établie à la banque, sous réserve du versement de la prime et sous réserve également des modalités et des conditions de la couverture décrites dans la présente attestation d'assurance.

La présente attestation d'assurance a pour but de vous fournir un résumé des dispositions de la police collective. Cependant, en cas de conflit, nous versons les prestations conformément au libellé de la police collective. Vous avez le droit de consulter la police collective aux bureaux de la direction de la banque.

Votre tableau d'assurance indique les garanties particulières en vertu desquelles vous êtes couvert.

La présente attestation remplace toute autre attestation d'assurance qui vous a été établie antérieurement à l'égard de la police collective.



Daniel Courtemanche
President, Chief Executive Officer

NOTRE CONTRAT AVEC VOUS

Si le paiement de vos primes est à jour et si les renseignements que vous nous avez fournis au moment de votre adhésion au régime sont complets et exacts, nous convenons de verser les prestations suivantes à la banque, sous réserve des modalités, des conditions et des exclusions de la présente assurance :

- la prestation de décès décrite ci-dessous, si vous décédez pendant que vous êtes couvert pour cette garantie en vertu de la police collective ;
- la prestation de décès par accident décrite ci-dessous, si vous décédez par suite d'une blessure accidentelle pendant que vous êtes couvert pour cette garantie en vertu de la police collective ;
- la prestation en cas de maladie grave décrite ci-dessous, si le diagnostic d'une des maladies graves couvertes est posé pendant que vous êtes couvert pour cette garantie en vertu de la police collective ;
- la prestation d'invalidité décrite ci-dessous, si vous devenez invalide pendant que vous êtes couvert pour cette garantie en vertu de la police collective ;
- la prestation en cas de chômage involontaire décrite

ci-dessous, si vous perdez votre emploi involontairement pendant que vous êtes couvert pour cette garantie en vertu de la police collective.

QUI PEUT ADHÉRER À CE RÉGIME D'ASSURANCE ?

Le proposant principal ou le coproposant peuvent adhérer au régime d'assurance solde VISA Scotia individuellement ou les deux peuvent demander une protection conjointe.

Le tableau d'assurance indique le nom de la personne ou des personnes assurées ainsi que les garanties particulières en vertu desquelles vous êtes couvert.

En ce qui concerne l'adhésion à l'assurance, la résiliation de la couverture ou les modifications apportées à l'assurance, nous avons le droit de nous fier aux renseignements et aux instructions fournis par le proposant principal ou le coproposant. Le proposant principal est réputé avoir l'autorisation d'agir au nom du coproposant, et vice-versa, aux fins de la présente assurance. Tous les avis et toute autre correspondance se rapportant à la présente assurance seront envoyés à l'adresse du proposant principal consignée dans nos dossiers.

L'assurance solde VISA Scotia est facultative. Vous n'avez pas à souscrire l'assurance solde VISA Scotia pour obtenir un compte VISA de la Banque Scotia.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Votre couverture prend effet à la date d'entrée en vigueur indiquée sur votre tableau d'assurance. Toutes les périodes d'assurance commencent et prennent fin à 0 h 1 à la dernière adresse du proposant principal, tel qu'il est indiqué dans nos dossiers.

PRIMES

Mode de paiement

Vous avez convenu que nous pouvons porter les primes relatives au régime d'assurance solde VISA Scotia au débit de votre compte VISA.

Primes et modifications de primes

Le taux de primes se rapportant à votre couverture en vertu du régime d'assurance solde VISA Scotia est indiqué sur votre

tableau d'assurance. Nous avons le droit de modifier le taux de prime de temps à autre. Un avis écrit sera envoyé par courrier régulier à votre adresse, telle qu'elle figure dans nos dossiers, au moins 60 jours avant la date de modification du taux de prime. Lorsque nous faisons le calcul de votre prime, nous utilisons le taux de prime en vigueur à la date indiquée sur votre relevé de compte mensuel. Nous multiplions le taux de prime applicable par le solde indiqué sur votre relevé de compte pour le mois précédent. Les primes sont payables pour chaque mois où il y a un solde impayé sur le relevé du mois précédent.

Exonération des primes – Garanties d'assurance en cas d'invalidité et de chômage involontaire

Pendant toute période où une prestation est versée à la banque en vertu de la présente assurance par rapport à votre invalidité ou votre chômage involontaire, aucune prime ne sera exigible relativement au solde impayé du compte faisant l'objet de votre demande de règlement. Cependant, si des frais ou des achats sont portés au débit de votre compte après la date de votre invalidité ou de votre chômage involontaire, nous percevons la prime afférente à ces frais ou achats.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

Des conditions particulières s'appliquent à chacune des garanties offertes en vertu du régime d'assurance. Veuillez vous reporter à la description de chaque garantie ci-dessous pour les conditions particulières.

Les conditions générales d'admissibilité suivantes s'appliquent à toutes les garanties offertes en vertu du régime d'assurance solde VISA Scotia. Vous devez remplir toutes les conditions qui suivent afin d'être couvert ou afin d'être admissible aux prestations en vertu de la présente assurance :

- vous devez être un résident du Canada à la date de votre demande d'assurance,
- vous devez avoir accepté les modalités et les conditions du contrat relatif au crédit renouvelable avec la Banque Scotia, et
- votre compte ne doit pas être **classifié** ou être arriéré de plus de 60 jours.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Ce qui est exclu

Nous **ne versons aucune** prestation en vertu de la présente

assurance si votre décès, votre décès par accident, votre maladie grave ou votre invalidité résulte directement ou indirectement :

- d'une blessure que vous vous infligez intentionnellement, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que vous soyez sain d'esprit ou non (en ce qui concerne la prestation de décès ou d'invalidité, la présente exclusion s'applique seulement pendant les 24 premiers mois de la date d'entrée en vigueur de votre couverture) ;
- d'une guerre déclarée ou non déclarée ou de toute contamination nucléaire, chimique ou biologique découlant d'un acte de terrorisme ;
- de la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ;
- d'un voyage aérien dont vous êtes le pilote ou un membre d'équipage de tout aéronef utilisé aux fins de navigation aérienne ;
- de la consommation intentionnelle de drogues, sauf si elles sont prescrites par un médecin et elles sont prises selon la posologie ;
- de substances toxiques, de gaz ou de vapeurs toxiques quelconques pris, administrés, absorbés ou inhalés volontairement ;
- de la consommation d'alcool en excédent de la limite légale dans la juridiction où le décès, le décès par accident, la maladie grave ou l'invalidité a lieu.

PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS (ASSURANCE-VIE)

Le montant que nous versons

La prestation en cas de décès est égale au **MOINS ÉLEVÉ** des montants suivants :

1. Le «**montant de la dette**» qui, dans la présente section, est la somme de ce qui suit :
 - (a) le **solde impayé de votre compte** à la date de votre décès, et
 - (b) l'intérêt perçu par la banque sur le solde impayé de votre compte à partir de la date du décès jusqu'à la date à laquelle nous versons la prestation ; cependant, nous verserons l'intérêt pendant une période maximale de 90 jours, peu importe le nombre de jours écoulés entre la date du décès et la date du versement de la prestation ;

2. 20 000 \$ par compte VISA assuré, cette somme étant le montant maximal que nous versons en cas de décès ;
3. NÉANT, si une prestation en cas de décès par accident ou en cas de maladie grave a été versée en vertu de la présente assurance.

Condition particulière relative à la garantie

Nous verserons la prestation en cas de décès seulement si votre décès survient à votre 70^e anniversaire de naissance ou avant.

Les exclusions

Nous **ne versons pas** la prestation en cas de décès, si votre décès résulte directement ou indirectement :

- d'une des exclusions indiquées dans la section *Exclusions générales* ; ou
- d'un état de santé préexistant, si votre décès survient dans les 12 mois de la date d'entrée en vigueur de votre couverture. Aux fins de la présente exclusion, par état de santé préexistant, on entend toute maladie ou blessure pour laquelle vous avez reçu des conseils médicaux, vous avez consulté un médecin, un médecin a procédé à une investigation ou a posé un diagnostic ou pour laquelle un traitement a été nécessaire ou recommandé par un médecin au cours des 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT

Le montant que nous versons

La prestation en cas de décès par accident est égale au MOINS ÉLEVÉ des montants suivants :

1. Le «**montant de la dette**» qui, dans la présente section, est la somme de ce qui suit :
 - (a) le solde impayé de votre compte à la date de votre décès par accident, et
 - (b) l'intérêt perçu par la banque sur le solde impayé de votre compte à partir de la date du décès par accident jusqu'à la date à laquelle nous versons la prestation ; cependant, nous verserons l'intérêt pendant une période maximale de 90 jours, peu importe le nombre de jours écoulés entre la date du décès par accident et la date du versement de la prestation ;
2. 20 000 \$ par compte VISA assuré, cette somme étant le montant maximal que nous versons en cas de décès par accident ;

3. NÉANT, si une prestation en cas de décès ou en cas de maladie grave a été versée en vertu de la présente assurance.

Conditions particulières relatives à la garantie

La prestation en cas de décès par accident sera versée à tout âge, mais seulement si votre décès résulte d'une blessure accidentelle (voir la section *Définitions*) et si votre décès survient dans les 365 jours de la date de l'accident.

Les exclusions

Nous **ne versons pas** la prestation en cas de décès par accident, si votre décès résulte directement ou indirectement :

- d'une des exclusions indiquées dans la section *Exclusions générales* ; ou
- de causes naturelles, d'une maladie ou d'une affection quelconque ou d'un traitement médical ou chirurgical de celle-ci.

PRESTATION EN CAS DE MALADIE GRAVE

Le montant que nous versons

La prestation en cas de maladie grave est égale au MOINS ÉLEVÉ des montants suivants :

1. Le «**montant de la dette**» qui, dans la présente section, est la somme de ce qui suit :
 - (a) le solde impayé de votre compte à la date du diagnostic de votre maladie grave, et
 - (b) l'intérêt perçu par la banque sur le solde impayé de votre compte à partir de la date du diagnostic jusqu'à la date à laquelle nous versons la prestation ; cependant, nous verserons l'intérêt pendant une période maximale de 90 jours, peu importe le nombre de jours écoulés entre la date du diagnostic de la maladie grave et la date du versement de la prestation ;
2. 20 000 \$ par compte VISA assuré, cette somme étant le montant maximal que nous versons en cas de maladie grave ;

Conditions particulières relatives à la garantie

Nous verserons la prestation en cas de maladie grave seulement si :

- (a) vous avez demandé d'adhérer à la présente garantie d'assurance avant votre 55^e anniversaire de naissance ; et
- (b) le diagnostic d'une des maladies graves définies dans les présentes a été posé avant votre 65^e anniversaire de naissance.

Définition des maladies graves

Seulement des maladies graves particulières sont couvertes. Les maladies graves couvertes par la présente assurance sont les suivantes :

- **Crise cardiaque** – la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'un apport de sang insuffisant, qui doit se produire avec des douleurs thoraciques et indiquer une réduction d'au moins 15 % du volume normal de sang expulsé du ventricule gauche avec chaque battement du cœur, ainsi qu'il ressort des modifications récentes (après la crise) du tracé électrocardiographique et une hausse des enzymes cardiaques. Le diagnostic doit être posé par écrit par un médecin.
- **Accident vasculaire cérébral** – toute affection cérébrovasculaire, excluant un accident ischémique transitoire (AIT), parfois appelé mini accident vasculaire cérébral, produisant des séquelles neurologiques durant plus de vingt-quatre (24) heures et incluant un infarctus du tissu cérébral, une hémorragie d'un vaisseau intracrânien et une embolie causée par une source extracrânienne. Le diagnostic doit être posé par écrit par un médecin et il doit y avoir une preuve que l'accident a provoqué un déficit neurologique permanent qui s'est poursuivi pendant au moins 30 jours consécutifs.
- **Pontage aortocoronarien** – une chirurgie pratiquée dans le but de corriger, aux moyens de greffes d'artères, le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires. Cette chirurgie doit avoir été effectuée comme suite aux recommandations écrites d'un médecin spécialisé en cardiologie. Les techniques non chirurgicales, telles que l'angioplastie percutanée transluminale, la désobstruction au laser ou toute autre technique intra-artérielle, sont **exclus**.
- **Cancer** – une tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée et la propagation de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic doit être posé par écrit par un médecin. Le cancer, aux fins de la présente assurance, **exclut** tout cancer de la peau qui n'est pas un mélanome malin envahissant et qui n'excède pas 0,75 mm de profondeur, un carcinome in situ, la maladie de Kaposi, une tumeur cancéreuse en présence de tout virus de l'immunodéficiência humaine (VIH), un cancer de la prostate stade A ou toute lésion précancéreuse, tumeurs bénignes ou polypes. Le cancer **exclut** un mélanome qui n'est pas envahissant et qui n'excède pas une profondeur de 0,75 mm. Aucune prestation ne sera versée pour un cancer, si le diagnostic a été posé ou si une investigation menant au diagnostic de cancer a été effectuée dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la présente assurance.
- **Cécité** – la perte permanente et non corrigible de la vue des deux yeux. L'acuité visuelle corrigée doit être inférieure à 20/200 pour les deux yeux (ce qui signifie que vous ne pouvez lire distinctement à une distance de 20 pieds, une lettre qui est normalement lue à une distance de 200 pieds), ou le champ de vision doit être inférieur à 20 degrés pour chaque œil. Le diagnostic doit être posé, par écrit, par un médecin spécialisé en ophtalmologie et votre état doit être considéré comme permanent et non corrigible.
- **Paralysie** – la perte complète et permanente de l'usage de deux de vos membres ou plus en raison d'une paralysie physique. Le diagnostic doit être posé, par écrit, par un médecin et être appuyé par une attestation médicale prouvant que la paralysie s'est poursuivie pendant au moins 180 jours consécutifs. La prestation en cas de maladie grave ne sera pas versée si le diagnostic de paralysie est posé dans les premiers 180 jours de la date d'entrée en vigueur de votre couverture.
- **Surdité** – la perte permanente de l'ou ie des deux oreilles, le seuil d'audition étant plus de 90 décibels pour chaque oreille. Le diagnostic doit être posé, par écrit, par un médecin spécialisé en oto-rhino-laryngologie.
- **Coma** – un état d'inconscience dont on ne peut vous tirer et où des stimulations externes ne produisent que des réflexes d'évitement primitifs. Le diagnostic doit être posé, par écrit, par un médecin spécialisé en neurologie et doit être appuyé par une attestation médicale précisant que l'état d'inconscience s'est poursuivie pendant une période d'au moins 96 heures consécutives.

Les exclusions

Nous **ne versons pas** la prestation en cas de maladie grave, si votre maladie grave ou le diagnostic d'une telle maladie résulte directement ou indirectement :

- d'une des exclusions indiquées dans la section *Exclusions générales* ; ou
- d'un état de santé préexistant durant les premiers 24 mois de couverture. Par  tat de santé préexistant, on entend toute maladie ou blessure pour laquelle vous avez reçu des conseils médicaux, vous avez consulté un médecin, un médecin a procédé à une investigation ou a posé un diagnostic ou pour laquelle un traitement a été nécessaire ou recommandé par un médecin au cours des 24 mois précédant la date d'entrée en vigueur de votre couverture indiquée sur votre tableau d'assurance ; ou
- d'une des exclusions figurant dans la section *Exclusions des maladies graves particulières*

Exclusions des maladies graves particulières

Aucune prestation ne sera versée pour ce qui suit :

- Nous ne verserons aucune prestation pour un accident ischémique transitoire (AIT), souvent appelé mini accident vasculaire cérébral, car ce genre d'accident est exclu de la définition d'un **accident vasculaire cérébral**.
- Nous ne verserons aucune prestation pour les techniques non chirurgicales, telles que l'angioplastie percutanée transluminale, la désobstruction au laser ou toute autre technique intra-artérielle, car celles-ci sont exclues de la définition d'un **pontage aortocoronarien**.
- Nous ne verserons aucune prestation pour les états suivants ou les formes de cancer suivantes :
 - un cancer de la prostate stade A ;
 - un carcinome non envahissant in situ ;
 - une lésion précancéreuse, une tumeur bénigne ou des polypes ;
 - la maladie de Kaposi ;
 - une tumeur cancéreuse en présence de tout virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et
 - tout cancer de la peau qui n'est pas un mélanome malin envahissant et qui n'excède pas 0,75 mm de profondeur.
- Nous ne verserons aucune prestation si le diagnostic d'un cancer a été posé ou toute investigation menant au diagnostic de cancer a été effectuée dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.
- Nous ne verserons aucune prestation se rapportant à une paralysie, si le diagnostic de la paralysie a été posé dans les premiers 180 jours de la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

PRESTATION EN CAS D'INVALIDITÉ

Le montant que nous versons

La prestation mensuelle en cas d'invalidité est égale au MOINS ÉLEVÉ des montants suivants :

1. Le «**montant de la dette**» qui, dans la présente section, est la somme de ce qui suit :
 - (a) le montant du versement minimal indiqué dans le contrat du titulaire de la carte et qui est déterminé en fonction du solde impayé de votre compte à la date

de votre invalidité ou 10 \$, selon le plus élevé de ces montants ; et

(b) l'intérêt, lequel est calculé en fonction du taux exigé par la banque relativement au solde impayé de votre compte. ACE INA calculera l'intérêt sur le solde dégressif de votre demande de règlement approuvée à chaque mois et inclura l'intérêt dans le versement mensuel des prestations ;

2. NÉANT, si une prestation en cas de décès, de décès par accident ou de maladie grave a été versée en vertu de la présente assurance relativement à votre décès, décès par accident ou maladie grave ;
3. NÉANT, si vous recevez des prestations en cas de chômage involontaire en vertu de la présente assurance.

Nous verserons la prestation mensuelle à la banque à partir du 31^e jour de votre invalidité et le versement des prestations en cas d'invalidité se poursuivra jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de votre retour au travail ;
- la date à laquelle le solde impayé de votre compte a été réglé par nous ; ou
- la date à laquelle nous avons versé un montant total de prestations mensuelles d'invalidité de 20 000 \$ par compte VISA assuré.

Si vous êtes invalide pendant moins de 30 jours consécutifs, nous ne versons pas la prestation mensuelle d'invalidité.

Conditions particulières relatives à la garantie

Nous vous considérons invalide seulement si vous êtes incapable d'effectuer toutes les fonctions essentielles de votre emploi

- (i) en raison d'une maladie, ou
- (ii) en raison d'une blessure qui résulte directement d'un accident (voir la section *Définitions*) survenu dans les 12 mois précédant immédiatement la date de votre invalidité.

La prestation d'invalidité sera versée seulement si :

- (a) vous êtes invalide, selon la définition ci-dessus ; et
- (b) vous aviez un **emploi**, ce qui signifie que vous aviez travaillé à temps plein pendant au moins 180 jours consécutifs pour un ou plusieurs employeurs contre salaire ou une autre forme de rémunération, pendant au moins 20 heures par semaine immédiatement avant la date de votre invalidité. L'exigence de 20 heures de travail est déterminée selon une base régulière et continue de 20 heures par semaine et non selon une moyenne générale ; et

- (c) vous devenez invalide à votre 65e anniversaire de naissance ou avant.

Les exclusions

Nous **ne versons pas** la prestation mensuelle en cas d'invalidité, si votre invalidité résulte directement ou indirectement :

- d'une des exclusions indiquées dans la section *Exclusions générales* ;
- d'un état de santé préexistant, si votre invalidité survient dans les 12 mois de la date d'entrée en vigueur de votre couverture. Aux fins de la présente exclusion, par état de santé préexistant, on entend toute maladie ou blessure pour laquelle vous avez reçu des conseils médicaux, vous avez consulté un médecin, un médecin a procédé à une investigation ou a posé un diagnostic ou pour laquelle un traitement a été nécessaire ou recommandé par un médecin au cours des 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de votre couverture ; ou
- d'une absence de votre travail en raison d'une grossesse normale ou d'un accouchement normal, exception faite des cas où une grossesse anormale ou un accouchement anormal entraîne des complications

Invalidité Récidivante

- Si vous cessez d'être invalide pendant une période de 30 jours consécutifs, sous réserve des exigences d'admissibilité, vous devez soumettre une nouvelle demande de prestation d'invalidité relativement à l'invalidité récidivante.
- Si, dans les 30 jours de la cessation de votre prestation mensuelle d'invalidité (une telle invalidité étant désignée dans la présente section comme étant « **votre invalidité précédente**»), vous devenez de nouveau invalide en raison de la même cause ou d'une cause connexe à votre invalidité précédente, nous calculerons et verserons alors la prestation mensuelle d'invalidité en nous basant sur votre invalidité précédente.
- Le montant total des prestations se rapportant à une invalidité récidivante ne pourra excéder le montant maximal qui aurait été payé relativement à votre invalidité précédente, conformément aux dispositions de la section *Le montant que nous versons* de la présente garantie.

Preuve d'invalidité

En plus des preuves de sinistre générales mentionnées dans la section *Demandes de règlement* de la présente attestation d'assurance, les preuves particulières suivantes s'appliquent.

Pour appuyer votre demande de prestations d'invalidité, nous devons recevoir une déclaration écrite de votre médecin, dans

une forme que nous jugeons satisfaisante, attestant que vous êtes invalide. Nous pouvons également vous demander de vous faire examiner par un médecin de notre choix.

Nous pourrions vous demander de nous fournir :

- (a) votre autorisation écrite de demander à vos anciens employeurs et professionnels de la santé des renseignements sur votre état de santé ; et
- (b) une preuve de la continuation de votre invalidité, dans la mesure où nous le jugeons raisonnablement nécessaire, après le début des versements de votre prestation mensuelle en cas d'invalidité.

Si vous demandez une prestation mensuelle en cas d'invalidité, vous devez nous fournir les documents mentionnés ci-dessus ou vous soumettre à un examen médical, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

PRESTATION EN CAS DE CHÔMAGE INVOLONTAIRE

Le montant que nous versons

La prestation en cas de chômage involontaire est égale au **MOINS ÉLEVÉ** des montants suivants :

1. Le «**montant de la dette**» qui, dans la présente section, est la somme de ce qui suit :
 - (a) le montant du versement minimal indiqué dans le contrat du titulaire de la carte et qui est déterminé en fonction du solde impayé de votre compte à la date de votre chômage involontaire ou 10 \$, selon le plus élevé de ces montants ; et
 - (b) l'intérêt, lequel est calculé en fonction du taux exigé par la banque relativement au solde impayé de votre compte. ACE INA calculera l'intérêt sur le solde dégressif de votre demande de règlement approuvée à chaque mois et inclura l'intérêt avec le versement mensuel des prestations ;
2. NÉANT, si une prestation en cas de décès, de décès par accident ou de maladie grave a été versée en vertu de la présente assurance relativement à votre décès, décès par accident ou maladie grave ;
3. NÉANT, si vous recevez des prestations en cas d'invalidité en vertu de la présente assurance.

Nous verserons la prestation mensuelle à la banque à partir du 31e jour de votre chômage involontaire et le versement des prestations en cas de chômage involontaire se poursuivra jusqu'à la première des dates suivantes :

- la date de votre retour au travail ou du retour à votre travail autonome ;

- la date à laquelle le solde impayé de votre compte a été réglé par nous ; ou
- la date à laquelle nous avons versé un montant total de prestations mensuelles en cas de chômage involontaire de 20 000 \$ par compte VISA assuré.

Si vous êtes en chômage involontaire pendant moins de 30 jours consécutifs, nous ne versons pas la prestation mensuelle en cas de chômage involontaire.

Conditions particulières relatives à la garantie

Salarié – Si vous êtes un salarié, la prestation en cas de chômage involontaire sera versée seulement si votre employeur vous met en disponibilité ou met fin à votre emploi de façon permanente. La date à laquelle vous recevez l’avis de mise en disponibilité ou de cessation d’emploi sera la date à laquelle nous considérerons que votre chômage involontaire a commencé, peu importe la date de prise d’effet de la mise en disponibilité ou de la cessation d’emploi indiquée dans ledit avis.

Aux fins de la présente section, nous considérons que vous étiez un salarié ou que vous aviez un emploi si vous avez travaillé à temps plein pendant au moins 180 jours consécutifs pour un ou plusieurs employeurs contre salaire ou une autre forme de rémunération, pendant au moins 20 heures par semaine immédiatement avant la date de votre chômage involontaire. L’exigence de 20 heures de travail est déterminée selon une base régulière et continue de 20 heures par semaine et non selon une moyenne générale.

Travailleur autonome – Si vous êtes un travailleur autonome, la prestation en cas de chômage involontaire sera versée seulement si vous êtes considéré comme étant en faillite en raison d’une requête déposée contre vous par l’un de vos créanciers aux termes de la *Loi sur la faillite et l’insolvabilité* (Canada).

Aux fins de la présente section, nous considérons que vous êtes un travailleur autonome ou que vous étiez un travailleur autonome si vous avez travaillé contre un revenu provenant de votre métier ou profession, d’une société en nom collectif, de votre propre entreprise, d’une entreprise privée ou d’une autre entité dans laquelle vous détenez un avoir en tant que propriétaire.

Vous devez être en chômage involontaire à votre 65^e anniversaire de naissance ou avant.

Les exclusions

Nous **ne versons pas** la prestation mensuelle en cas de chômage involontaire si :

- (a) vous vous trouvez en chômage involontaire dans les 45 jours suivant la date d’entrée en vigueur de votre couverture ; ou

- (b) vous saviez, au moment de faire la demande d’assurance, que vous alliez bientôt perdre votre emploi ; ou
- (c) votre chômage involontaire résulte directement ou indirectement de :
 - k votre démission ou votre retraite,
 - k votre licenciement d’emploi pour un motif jugé valable,
 - k d’une invalidité pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente assurance, ou
 - k un conflit de travail ou un lock-out

Par **conflit de travail**, on entend toute interruption de travail par un groupe d’employés dont vous êtes membre, dans le but de limiter les activités d’un employeur ou de plusieurs employeurs. Par **lock-out**, on entend une situation où votre employeur ferme temporairement votre lieu de travail ou suspend votre travail sans mettre fin à votre emploi.

Récidive d’un chômage involontaire– Si nous avons versé une prestation en vertu de la présente disposition relativement à votre chômage involontaire (appelé dans la présente section la «**période précédente de chômage involontaire**») et que dans les 180 jours de la cessation de ces prestations vous vous trouvez de nouveau en chômage involontaire, nous calculerons et verserons alors la même prestation mensuelle calculée en fonction de votre période précédente de chômage involontaire. La prestation mensuelle relative à la récidive d’un chômage involontaire est égale au MOINS ÉLEVÉ de :

- (a) la prestation mensuelle relative à votre période précédente de chômage involontaire ; et
- (b) NÉANT, si une prestation en cas de décès, de décès par accident ou de maladie grave a été versée en vertu de la présente assurance

Le montant total des prestations se rapportant à votre période précédente de chômage involontaire et à la récidive de votre chômage involontaire ne pourra excéder le montant maximal qui aurait été versé relativement à votre période précédente de chômage involontaire, conformément aux dispositions de la section *Le montant que nous versons* de la présente garantie.

Preuve de chômage involontaire

En plus des preuves de sinistre générales mentionnées dans la section *Demandes de règlement* de la présente attestation d’assurance, les preuves particulières suivantes s’appliquent :

- Si vous étiez un salarié, nous devons recevoir ce qui suit pour appuyer votre demande de prestations en cas de chômage involontaire :

- (a) des renseignements de vos anciens employeurs ; et
 - (b) une preuve que vous vous êtes inscrit auprès de la Commission d'assurance-emploi (CAE) dans les 15 jours qui suivent la date du début de votre chômage involontaire ou que vous avez reçu le montant maximal des prestations d'assurance-emploi ; et
 - (c) une preuve que vous cherchez activement du travail.
- Vous devez continuer à être inscrit auprès de la CAE pendant aussi longtemps que vous êtes admissible aux prestations d'assurance-emploi.
 - Que vous ayez été un salarié ou un travailleur autonome, nous pourrions vous demander de nous fournir une preuve de la persistance de votre chômage involontaire, dans la mesure où nous le jugeons raisonnablement nécessaire après le début du versement de votre prestation mensuelle en cas de chômage involontaire.

DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES D'ASSURANCE

Demandes de règlement multiples

Si deux personnes sont assurées au titre d'un même compte et que ces deux personnes décèdent ou sont toutes les deux diagnostiquées comme étant atteintes d'une maladie grave dans les 30 jours l'une de l'autre, et qu'une prestation en cas de décès, de décès par accident ou de maladie grave serait, n'était-ce de la présente section, autrement payable, nous ne versons à la banque que la prestation payable, le cas échéant, à l'égard de la première personne à décéder ou à avoir reçu le diagnostic d'une maladie grave.

Si deux personnes sont couvertes en vertu de la présente assurance au titre d'un même compte et si une prestation mensuelle en cas d'invalidité ou en cas de chômage involontaire était payable pour ces deux personnes pendant une même période de temps ou pendant des périodes de chevauchement, la prestation que nous versons à l'égard de la première personne qui subit une perte sera calculée de la façon habituelle aux termes de la disposition de la garantie qui s'applique. Cependant, en ce qui concerne la deuxième personne qui subit une perte, nous verserons la prestation en nous basant sur la différence entre le solde impayé du compte à la date à laquelle la deuxième personne subit la perte et le solde impayé du compte utilisé pour déterminer la prestation de la première personne, sans référence aux prestations mensuelles payées pour réduire le solde du compte de la première personne. Cependant, en ce qui concerne les deux demandes de règlement, nous verserons un montant maximal total de prestations mensuelles de 20 000 \$ par compte VISA assuré.

PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Avis de sinistre et formulaires de demande de règlement

Vous ou une personne agissant en votre nom devez nous aviser dans les 30 jours qui suivent la date de votre décès, de votre décès par accident, du diagnostic d'une maladie grave, de votre invalidité ou de votre chômage involontaire.

Vous ou votre représentant pouvez nous aviser du sinistre en appelant notre service à la clientèle au numéro sans frais 1 800 461-0630 ou en nous écrivant à l'adresse suivante :

Assurance-Vie, ACE INA
The Exchange Tower
130, rue King, bureau 1200
Toronto (Ontario)
M5X 1A6

Tout avis écrit doit inclure le numéro de la police collective TML600015.

Dès que nous aurons reçu un avis écrit ou oral d'un sinistre, nous vous ferons parvenir ou nous ferons parvenir à votre représentant un formulaire de demande de règlement ainsi que la marche à suivre pour présenter une demande de règlement.

Preuve de sinistre

Vous ou une personne agissant en votre nom devez nous faire parvenir, à l'adresse indiquée dans la section *Avis de sinistre et formulaires de demande de règlement*, une preuve de sinistre par écrit (le formulaire de demande de règlement dûment rempli et la documentation justificative) dans les 90 jours qui suivent votre décès, le diagnostic de votre maladie grave, votre invalidité ou votre chômage involontaire.

Si nous ne recevons pas la preuve de sinistre dans le délai prescrit, nous traiterons la demande de règlement seulement si vous pouvez justifier de façon raisonnable le délai. Cependant, ce délai ne pourra dépasser un an à partir de la date de votre décès, du diagnostic de votre maladie grave, de votre invalidité ou de votre chômage involontaire.

Tous les frais engagés pour faire remplir un formulaire de demande de règlement ou toute autre documentation soumise pour appuyer une demande sont à votre charge ou à la charge de votre représentant.

Nous ne versons aucune prestation si vous refusez de fournir un formulaire de demande de règlement ou toute documentation ou preuve que nous demandons ou pourrions demander pour appuyer une demande de règlement.

Droit d'examen

Advenant une demande de règlement en cas de décès ou de décès par accident, nous avons le droit de demander une autopsie, lorsque la loi le permet

CESSATION DE LA COUVERTURE

Votre couverture en vertu de la police collective prend fin automatiquement à la première des dates suivantes :

- la date de votre décès ou de votre décès par accident ;
- la date à laquelle votre demande de règlement en cas de maladie grave est approuvée ;
- la date à laquelle le paiement d'une prime compte 30 jours de retard ;
- la date à laquelle votre compte est classifié ;
- la date à laquelle votre compte est arriéré pendant plus de 60 jours ;
- la date de votre 65^e anniversaire de naissance, en ce qui concerne la protection en cas de maladie grave, d'invalidité et de chômage involontaire ;
- la date de votre 70^e anniversaire de naissance, en ce qui concerne la prestation en cas de décès ;
- la date indiquée dans tout avis de résiliation que nous faisons parvenir par écrit à l'adresse du proposant principal, telle qu'elle figure dans nos dossiers ;
- la date indiquée dans tout avis de résiliation que la banque vous fait parvenir par écrit à votre adresse, telle qu'elle figure dans ses dossiers ;
- la date à laquelle nous recevons votre demande de résilier votre couverture ; ou
- la date de cessation de la police collective.

Si nous ou la banque mettons fin à la police collective, un avis écrit de la résiliation vous sera envoyé par courrier 31 jours avant ladite date de résiliation.

Résiliation de la couverture

Vous pouvez résilier votre couverture en tout temps en appelant notre service à la clientèle au numéro sans frais 1 800 461-0630 ou en nous écrivant à l'adresse suivante :

Assurance-Vie, ACE INA
The Exchange Tower
130, rue King, bureau 1200
Toronto (Ontario)
M5X 1A6

Droit d'examen de la présente assurance

Si vous nous avisez par écrit que vous désirez résilier votre assurance dans les 10 jours qui suivent la date à laquelle vous avez reçu la présente attestation d'assurance, toute prime versée vous sera remboursée au moyen d'un crédit porté à votre compte VISA. Si vous nous avisez que vous désirez résilier votre couverture plus de 10 jours après avoir reçu la présente attestation d'assurance, nous ne rembourserons pas les primes versées.

AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Le contrat

La police collective, toute modification apportée à la police collective et tous les formulaires utilisés pour adhérer à l'assurance, y compris les propositions d'assurance accessibles sur Internet, les propositions disponibles dans une succursale de la banque ou les dossiers d'adhésion de télémarketing constituent le contrat d'assurance. Les déclarations orales ne peuvent modifier votre couverture, telle qu'elle est décrite dans la présente attestation d'assurance et dans le tableau d'assurance, et lesdites déclarations n'ont pas force obligatoire.

La banque et la compagnie peuvent convenir, de temps à autre, de modifier la police collective. Une modification ne sera pas jugée valide, à moins qu'elle n'ait été approuvée par les représentants autorisés de la banque et de la compagnie. Vous recevrez un préavis écrit de modification de 60 jours. Vous serez réputé avoir reçu un tel avis le troisième jour ouvrable qui suit la date à laquelle il a été expédié par la poste à l'adresse du proposant principal, telle qu'elle figure dans nos dossiers.

Si nous ou la banque commettons une erreur d'écriture dans le maintien de tout dossier se rapportant à la police collective, cette erreur ne pourra modifier ou invalider votre couverture ou ne pourra maintenir en vigueur une couverture à laquelle nous aurions mis fin pour des motifs valables.

Renonciation

Si, de temps à autre, nous renonçons à une disposition quelconque de la police collective, cela ne signifie pas que nous avons renoncé à cette disposition de façon permanente. Aucune renonciation à une disposition n'aura force obligatoire sur nous, à moins qu'elle ne soit sous forme écrite et signée par les représentants autorisés de la banque et de la compagnie.

Poursuite contre nous

Aucune action ou poursuite en justice pour le règlement d'une prestation quelconque ne peut être intentée contre nous dans les 60 jours qui suivent l'expiration du délai prévu pour la remise de la preuve de sinistre par écrit. Aucune action ou poursuite en justice ne peut être intentée contre nous plus de 365 jours après le délai prévu pour la remise d'une preuve de sinistre par écrit.

Fausse déclaration sur l'âge

Si votre âge a été faussement déclaré, nous utiliserons votre âge exact pour déterminer si des prestations sont payables.

À qui les prestations sont-elles versées

Toutes les prestations payables en vertu de la police collective seront versées à la banque. La banque est responsable de la répartition de ces prestations.

Devise

Tous les paiements que nous versons ou qui nous sont versés doivent être en monnaie canadienne.

Interdiction de céder la police

Vous ne pouvez céder les droits et les intérêts que vous confère cette assurance à qui que ce soit.

Police sans participation

La présente attestation d'assurance et la police collective sont sans participation. En d'autres mots, vous ne participez pas à la répartition des bénéfices réalisés par nous.

DÉFINITIONS

Lorsqu'ils sont utilisés dans la présente attestation d'assurance, les mots qui suivent sont ainsi définis :

Par **blessure accidentelle**, on entend une blessure corporelle qui résulte directement et indépendamment de toute autre cause d'un accident dont la cause est externe, violente et visible.

Par **accident**, on entend un événement soudain et imprévu.

Par **compte**, on entend le compte VISA Scotia indiqué au tableau d'assurance. Ceci inclut un compte VISA Classique, un compte VISA Minima ou un compte VISA Or, mais **ne comprend pas** un compte Ligne de crédit VISA.

Par **classifié**, on entend, en ce qui concerne un compte VISA, un compte VISA qui a été gelé, fermé ou autrement bloqué.

Par **médecin**, on entend un docteur en médecine (MD) dûment autorisé à pratiquer la médecine ou tout autre praticien reconnu par le Collège des médecins et chirurgiens de la province ou du pays où les traitements sont fournis. Le médecin ne peut être vous-même ou un membre de votre famille immédiate. Par **famille immédiate**, on entend votre conjoint, vos parents ou beaux-parents, un enfant ou un beau-fils ou une belle-fille, un frère ou une sœur, un demi-frère ou une demi-sœur, un beau-frère ou une belle-sœur, un beau-père ou une belle-mère ou un gendre ou une bru.

Par **date d'entrée en vigueur**, on entend la date indiquée au tableau d'assurance.

Par **tableau d'assurance**, on entend le tableau d'assurance inclus dans la présente attestation d'assurance, qui indique la couverture spécifique que vous avez choisie.

Par **solde impayé du compte**, on entend le solde impayé de votre compte à la date de votre décès, du diagnostic de votre maladie grave, de votre invalidité ou de votre chômage involontaire, selon le cas. Le solde impayé du compte comprend tous les frais engagés et tous les versements effectués relativement à votre compte avant la date applicable, même si ces frais ou versements ne figurent pas encore sur votre compte ou sur votre relevé mensuel.

^{MC} Marque de commerce de La Banque de Nouvelle-Écosse. Marque de commerce utilisée avec l'autorisation et sous le contrôle de La Banque de Nouvelle-Écosse.

* VISA Int./Usager lic. La Banque de Nouvelle-Écosse