

CHUBB®

CHUBB DU CANADA COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE

Assurance maladies graves améliorée Scotia

Certificat d'assurance

Numéro de **police collective** :
SLG600211

Souscrite auprès de :
Chubb du Canada compagnie d'assurance vie
199, rue Bay, bureau 2500
Toronto (Ontario) M5L 1E2

^{MD} Assurance Scotia est une marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence par l'Agence d'assurances BNE Inc.

L'assurance en cas de l'Assurance maladies graves est établie par l'Agence d'assurances BNE Inc. et souscrite auprès de Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie ("Chubb-Vie"). Les polices sont établies et les demandes de règlement sont traitées par Chubb-Vie. Des critères d'admissibilité, des restrictions, des exclusions ou des frais supplémentaires peuvent s'appliquer et varier selon la province ou le territoire.

Assurance Scotia^{MD}
AGENCE D'ASSURANCE BNE

Table des matières

Conditions particulières	3
Convention d'assurance	4
Délai de 30 jours pour examiner le certificat	4
À propos de votre assurance	5
Description des prestations	5
Exclusions générales	6
Primes	7
Remise en vigueur de votre certificat	8
Bénéficiaire	9
Comment présenter une demande de règlement	9
Résiliation de votre couverture	10
Dispositions générales	11
Procédures de règlement des plaintes	12
Termes utilisés dans le présent certificat	13
Description des maladies couvertes	15
ENTENTE DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	19
CONFIRMATION DE L'ADHÉSION ET DÉCLARATION	20

Convention d'assurance

En contrepartie du paiement des primes, Chubb du Canada compagnie d'assurance vie (« Chubb Vie » – l'« **assureur** ») certifie que les **assurés** désignés dans les **Conditions particulières** sont couverts aux termes de la **police collective** sans participation numéro SLG600211 (la « **police collective** ») établie à l'intention de La Banque de Nouvelle-Écosse (le « titulaire de police ») par l'**assureur** et qu'ils sont assujettis à ses conditions.

Le présent **certificat d'assurance** (« **certificat** ») décrit **vos** couverture d'assurance et, le cas échéant, remplace tous les **certificats** précédemment établis à **vos** intention relativement à la **police collective**. Un **assuré** ne peut être couvert qu'aux termes d'un seul **certificat** dans le cadre de cette **police collective**.

Les termes inscrits en caractères gras et utilisés partout dans le présent **certificat** sont définis dans la section Termes utilisés dans le présent **certificat**.

La police renferme une disposition ayant pour effet d'abroger ou de restreindre le droit du conjoint assuré à désigner les personnes à qui ou pour qui le produit de l'assurance est payable.



Paul Johnstone, président

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie
199, rue Bay, bureau 2500
Toronto (Ontario) M5L 1E2

Délai de 30 jours pour examiner le certificat

Vous disposez d'un délai de 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur indiquée dans le tableau des garanties pour l'examiner, et si **vous** ne le jugez pas satisfaisant, vous pouvez le résilier. Si **vous** résiliez cette couverture au cours de ce délai de 30 jours, elle sera résiliée comme si elle n'avait jamais pris effet et toute prime payée **vous** sera remboursée. Pour résilier **vos** **certificat**, appelez-**nous** au 1 800 387-9844 ou faites-**nous** parvenir **vos** demande par écrit à l'adresse : 144, rue Front Ouest, bureau 200, Toronto (Ontario) M5J 2L7, Canada.

Veillez conserver le présent certificat avec vos autres documents importants.

À propos de votre assurance

Qui est admissible à l'assurance?

Pour qu'une personne soit admissible à cette couverture d'assurance, toutes les conditions suivantes doivent être remplies au moment de l'adhésion et à la **date de prise d'effet** :

- **Vous** devez être un client de la Banque Scotia ou le **conjoint** d'un client de la Banque Scotia ;
- **Vous** et **votre conjoint** devez être âgés entre 20 et 74 ans;
- **Vous** et **votre conjoint** devez être des résidents canadiens.

Entrée en vigueur de l'assurance

La couverture d'assurance entre en vigueur à la **date de prise d'effet** indiquée dans les **Conditions particulières**. La couverture entre en vigueur à 00 h 01 à la **date de prise d'effet** dans le fuseau horaire correspondant à **votre** dernière adresse inscrite dans **nos** dossiers.

Fin de l'assurance

La couverture d'assurance prend fin automatiquement à la première des dates suivantes à survenir :

1. pour chaque **assuré**, la date du décès;
2. pour chaque **assuré**, la **date d'échéance de la prime** suivant son 75^e anniversaire de naissance (la « **date d'expiration** »);
3. la date à laquelle **vous** résiliez le présent **certificat**;
4. la fin du délai de grâce si la prime demeure impayée;
5. pour chaque **assuré**, la date à laquelle un règlement est effectué; ou
6. la date à laquelle la **police collective** prend fin. Si la **police collective** est résiliée, un avis écrit **vous** sera envoyé par la poste 30 jours avant la date de résiliation.

Si l'assurance établie à l'égard de l'**assuré principal** prend fin, la couverture d'assurance du **conjoint assuré**, le cas échéant, peut demeurer en vigueur moyennant le paiement de la prime au taux applicable indiqué dans le tableau des primes. De même, si l'assurance du **conjoint assuré** prend fin, la couverture d'assurance à l'égard de l'**assuré principal** peut demeurer en vigueur moyennant le paiement de la prime au taux applicable indiqué dans le tableau des primes.

Votre couverture entre en vigueur à 00 h 01 dans le fuseau horaire correspondant à **votre** dernière adresse inscrite dans **nos** dossiers.

La date de résiliation que **vous** demandez, en dehors de la période d'examen de 30 jours, correspondra à la date à laquelle la prochaine prime est échue.

Description des prestations

Prestation payable au titre d'une maladie couverte

Si on diagnostique une **maladie couverte** chez un **assuré**, **nous** verserons le **montant de la prestation** indiqué dans les **Conditions particulières**, sous réserve des dispositions, conditions, limitations et exclusions énoncées dans le présent **certificat**.

Nous ne verserons pas le **montant de la prestation** à l'égard d'une **maladie couverte** diagnostiquée chez l'**assuré** avant la **date de prise d'effet** de la couverture.

Nous verserons seulement une fois le **montant de la prestation** pendant la durée du présent **certificat**. Autrement dit, **nous** ne verserons pas plus d'une fois le **montant de la prestation**, même si l'**assuré** reçoit un diagnostic ou est atteint de plus d'une **maladie couverte** ou qu'il reçoit un traitement pour plus d'une **maladie couverte**. Si l'**assuré** est atteint de plus d'une **maladie couverte** ou reçoit un traitement pour plus d'une **maladie couverte** donnant droit au versement d'une

prestation, nous verserons la prestation au titre de la maladie qui donne droit au **montant de prestation** le plus élevé. La couverture de l'**assuré** aux termes du présent **certificat** prendra fin après le versement de cette prestation.

L'**assuré** doit survivre pendant 30 jours après la date à laquelle il a reçu le diagnostic d'une **maladie couverte** pour avoir droit au **montant de la prestation**.

Options de couverture

Option A. Versement d'un **montant de prestation** de 25 000 \$ pour les **maladies couvertes du niveau 1** et de 500 000 \$ pour les **maladies couvertes du niveau 2**.

Option B. Versement d'un **montant de prestation** de 10 000 \$ pour les **maladies couvertes du niveau 1** et de 200 000 \$ pour les **maladies couvertes du niveau 2**.

Option C. Versement d'un **montant de prestation** de 35 000 \$ pour les **maladies couvertes du niveau 1** et de 500 000 \$ pour les **maladies couvertes du niveau 2**.

Option D. Versement d'un **montant de prestation** de 50 000 \$ pour les **maladies couvertes du niveau 1** et de 500 000 \$ pour les **maladies couvertes du niveau 2**.

Maladies couvertes du niveau 1 :

Maladie d'Alzheimer, chirurgie de l'aorte, tumeur cérébrale bénigne, cancer, coma, pontage aortocoronarien, surdité, crise cardiaque (infarctus du myocarde), remplacement des valvules cardiaques, perte de l'usage de la parole, défaillance d'un organe vital, greffe d'un organe vital, maladie des motoneurones, sclérose en plaques, infection à VIH contractée au travail, maladie de Parkinson, brûlures graves et accident vasculaire cérébral.

Maladies couvertes du niveau 2 :

Cécité, perte d'un membre, perte d'autonomie et paralysie.

Toutes les **maladies couvertes** sont définies dans la section *Description des maladies couvertes* du présent **certificat**. Le **montant de la prestation** que **vous** avez choisi pour chaque **assuré** figure dans les **Conditions particulières**.

Exclusions générales

Nous ne verserons aucun **montant de prestation** à l'égard de **maladies couvertes** qui ont été, directement ou indirectement, causées ou favorisées par ce qui suit :

- Une **blessure** ou une **maladie** non définie dans les **maladies couvertes**;
- Les complications d'une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de tout variant de celui-ci, y compris le **SIDA** et le para-sida;
- Les blessures que l'**assuré** s'inflige intentionnellement ou qui résultent d'une tentative de suicide;
- Les blessures découlant d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, ou de tout acte de guerre;
- Les blessures résultant du fait que l'**assuré** a perpétré ou tenté de perpétrer un acte qu'un tribunal considérerait comme un acte illégal en vertu des lois en vigueur dans le territoire de compétence où l'acte a été commis;
- Le mauvais usage d'un médicament, ou l'abus de drogues ou de substances intoxicantes;
- Un **état préexistant** (le cas échéant); ou
- Un **cancer** (y compris un carcinome canalaire in situ et un cancer de la prostate au stade A [T1a ou T1b]) diagnostiqué au cours de la période d'exclusion de 90 jours en cas de cancer.

Période d'exclusion de 90 jours en cas de cancer

Nous ne verserons pas le **montant de la prestation** à l'égard d'un **cancer** pendant une période de 90 jours à compter de la dernière des dates suivantes :

- a. la **date de prise d'effet**, ou;
- b. la date de la dernière augmentation du montant de la couverture que **vous** avez demandée ou la date de la remise en vigueur de la couverture aux termes du présent **certificat**.

Pendant cette période de 90 jours, le **cancer** ne sera pas couvert :

- si l'**assuré** reçoit un diagnostic de **cancer**, quel qu'en soit le type; ou
- si l'**assuré** présente des symptômes ou a des problèmes médicaux qui nécessitent une investigation menant à un diagnostic de **cancer**.

Si un tel diagnostic est posé, le présent **certificat** demeurera en vigueur, mais le **cancer** constituera un **état préexistant** et ne sera pas considéré comme une **maladie couverte** pour l'**assuré**.

Primes

La prime que **vous** devez payer pour que le présent **certificat** demeure en vigueur à l'égard de tous les **assurés** est indiquée dans les **Conditions particulières**. La **date d'échéance de la prime** est le premier jour de chaque mois après la **date de prise d'effet**. Le taux de prime dépend de l'âge, du genre assigné à la naissance et de l'usage du tabac de chaque **assuré** à la **date de prise d'effet** de la couverture ainsi que du **montant de prestation** que **vous** avez choisi et qui figure dans les **Conditions particulières**.

Les primes exigibles doivent être payées à Chubb Vie à la **date d'échéance de la prime**, sous réserve des dispositions énoncées dans la section **Délai de grâce** ci-dessous.

Les primes augmenteront automatiquement à mesure que l'**assuré** avancera en âge. L'**assuré** sera assujéti à un nouveau taux de prime tous les cinq ans à partir de l'âge de 25 ans, comme l'indiquent les tableaux ci-dessous. L'**assureur vous** enverra un avis lorsqu'un nouveau taux de prime s'appliquera à **vous** selon le mode de correspondance que **vous** avez choisi.

Groupe d'âges	Option A Prime mensuelle				Option B Prime mensuelle			
	Homme non fumeur	Homme fumeur	Femme non fumeuse	Femme fumeuse	Homme non fumeur	Homme fumeur	Femme non fumeuse	Femme fumeuse
20-24 ans	23,98 \$	25,23 \$	22,32 \$	23,67 \$	20,06 \$	20,56 \$	19,40 \$	19,94 \$
25-29 ans	24,65 \$	26,25 \$	23,05 \$	24,71 \$	20,33 \$	20,97 \$	19,69 \$	20,36 \$
30-34 ans	25,58 \$	28,18 \$	24,36 \$	26,76 \$	20,71 \$	21,74 \$	20,22 \$	21,18 \$
35-39 ans	27,08 \$	31,58 \$	26,70 \$	30,68 \$	21,30 \$	23,10 \$	21,15 \$	22,74 \$
40-44 ans	30,65 \$	38,65 \$	31,07 \$	38,07 \$	22,73 \$	25,93 \$	22,90 \$	25,70 \$
45-49 ans	37,89 \$	52,58 \$	37,67 \$	49,91 \$	25,63 \$	31,51 \$	25,54 \$	30,43 \$
50-54 ans	51,01 \$	78,44 \$	47,47 \$	69,17 \$	30,88 \$	41,85 \$	29,46 \$	38,14 \$
55-59 ans	78,24 \$	126,32 \$	65,63 \$	100,65 \$	41,77 \$	61,00 \$	36,72 \$	50,73 \$
60-64 ans	132,23 \$	208,39 \$	101,28 \$	150,21 \$	63,36 \$	93,83 \$	50,98 \$	70,56 \$
65-69 ans	198,97 \$	308,86 \$	154,18 \$	219,92 \$	90,06 \$	134,02 \$	72,15 \$	98,44 \$
70-74 ans	294,75 \$	442,10 \$	253,78 \$	338,81 \$	128,37 \$	187,31 \$	111,98 \$	146,00 \$
	25 000 \$ – Maladies couvertes du niveau 1				10 000 \$ – Maladies couvertes du niveau 1			
	500 000 \$ – Maladies couvertes du niveau 2				200 000 \$ – Maladies couvertes du niveau 2			

Groupe d'âges	Option C				Option D			
	Prime mensuelle				Prime mensuelle			
	Homme non fumeur	Homme fumeur	Femme non fumeuse	Femme fumeuse	Homme non fumeur	Homme fumeur	Femme non fumeuse	Femme fumeuse
20-24 ans	24,56 \$	25,97 \$	22,91 \$	24,46 \$	25,43 \$	27,09 \$	23,80 \$	25,66 \$
25-29 ans	25,49 \$	27,39 \$	24,02 \$	26,03 \$	26,76 \$	29,11 \$	25,48 \$	28,00 \$
30-34 ans	26,87 \$	30,17 \$	25,91 \$	28,96 \$	28,80 \$	33,17 \$	28,22 \$	32,27 \$
35-39 ans	29,05 \$	35,04 \$	29,14 \$	34,40 \$	32,01 \$	40,23 \$	32,80 \$	39,98 \$
40-44 ans	33,78 \$	44,61 \$	34,74 \$	44,10 \$	38,47 \$	53,56 \$	40,25 \$	53,15 \$
45-49 ans	43,35 \$	63,48 \$	43,27 \$	59,78 \$	51,55 \$	79,81 \$	51,67 \$	74,59 \$
50-54 ans	60,89 \$	98,70 \$	56,05 \$	85,58 \$	75,71 \$	129,09 \$	68,93 \$	110,19 \$
55-59 ans	96,72 \$	163,34 \$	79,23 \$	127,23 \$	124,45 \$	218,86 \$	99,64 \$	167,12 \$
60-64 ans	166,84 \$	273,03 \$	123,82 \$	191,72 \$	218,75 \$	369,99 \$	157,64 \$	253,97 \$
65-69 ans	253,53 \$	407,38 \$	187,90 \$	279,92 \$	335,37 \$	555,15 \$	238,46 \$	369,93 \$
70-74 ans	366,96 \$	573,25 \$	298,66 \$	417,71 \$	475,28 \$	769,97 \$	365,99 \$	536,05 \$
	35 000 \$ – Maladies couvertes du niveau 1				50 000 \$ – Maladies couvertes du niveau 1			
	500 000 \$ – Maladies couvertes du niveau 2				500 000 \$ – Maladies couvertes du niveau 2			

Modification de la prime

Nous pouvons augmenter ou diminuer les taux de prime indiqués dans le présent **certificat**. **Nous** ne modifierons un taux de prime que si la modification est apportée à tous les **assurés** de la même **catégorie d'assurés**. Aucune modification du taux de prime ne pourra être appliquée à un seul **assuré**.

Un préavis écrit d'au moins 45 jours de toute modification apportée aux taux de prime figurant dans le présent **certificat** **vous** sera donné selon le mode de correspondance que **vous** avez choisi. Nous ne pouvons modifier **vos** taux de prime qu'une fois par période de 12 mois.

Délai de grâce

Un **délai de grâce** de 30 jours à compter de la **date d'échéance de la prime** (ou de la date de la perception de la prime si **nous** avons accepté de percevoir la prime à une autre date) **vous** sera accordé pour effectuer le paiement de la prime. Pendant ce **délai de grâce**, la couverture aux termes du présent **certificat** sera maintenue en vigueur, mais il **vous** incombera de **nous** payer la prime échue pendant cette période. Si **vous** n'acquitez pas la prime en souffrance et toute prime échue au cours du **délai de grâce**, le présent **certificat** et la couverture seront résiliés d'office sans qu'un préavis **vous** soit envoyé ni à toute autre personne. « Déchéance » se dit d'un **certificat** qui prend fin de cette façon.

Remise en vigueur de votre certificat

Si le non-paiement de la prime a entraîné la déchéance de **votre certificat**, **vous** pouvez demander qu'il soit remis en vigueur. Ce processus est appelé « remise en vigueur ». La couverture aux termes du présent **certificat** peut être remise en vigueur :

- au cours de la période de trente et un jours suivant l'expiration du délai de grâce, sous réserve du règlement de toutes les primes échues.

Si le présent **certificat** est remis en vigueur, la période de deux ans pendant laquelle la validité du **certificat**, des limitations et des exclusions peut faire l'objet d'une contestation recommence à courir à partir de la date de remise en vigueur, tel qu'il est indiqué aux sections Exclusions générales et Fausse déclaration.

Bénéficiaire

Toutes les prestations payables aux termes du présent **certificat** sont versées directement à l'**assuré**.

Si le **conjoint assuré** est décédé au moment où **nous** versons la prestation, **nous** verserons la prestation à l'**assuré principal**.

Si l'**assuré principal** est décédé au moment où **nous** versons la prestation, **nous** verserons la prestation au bénéficiaire que **vous** avez désigné. Si **vous** modifiez **votre** désignation de bénéficiaire, **nous** verserons la prestation au bénéficiaire désigné dans la dernière demande de modification que **vous nous** avez présentée par écrit. **Vous** pouvez modifier **votre** désignation de bénéficiaire en tout temps avant **votre** décès. Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable, **vous** ne pouvez pas la modifier sans le consentement écrit du bénéficiaire. Si aucun bénéficiaire légitime ne **vous** survit, **nous** verserons la prestation à **votre** succession.

Seul l'**assuré principal** peut désigner un bénéficiaire.

Comment présenter une demande de règlement

En cas de sinistre lié à une **maladie couverte**, l'**assuré** ou son représentant doit **nous** en informer dans un délai de 30 jours en communiquant avec **nous** à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués ci-dessous. **Nous** ferons alors parvenir à l'**assuré** ou à son représentant un formulaire de demande de règlement et les instructions nécessaires pour présenter la demande et la preuve de sinistre. Les frais engagés, le cas échéant, pour remplir un formulaire de demande de règlement ou soumettre les documents à l'appui d'une demande de règlement sont à la charge de l'**assuré** ou de son représentant. Les prestations ne seront pas versées si l'**assuré** ou son représentant refuse de fournir un formulaire de demande de règlement ou un document qui est, ou peut être, raisonnablement exigé pour appuyer une demande de règlement. Le formulaire de demande de règlement dûment rempli et la preuve de sinistre doivent **nous** être fournis au cours de la période de 365 jours suivant la date à laquelle l'avis de sinistre **nous** a été soumis.

Pour obtenir un formulaire de demande de règlement, veuillez composer le 1 800 387-9844 ou écrire à chubb@optima.net

Les formulaires de demande de règlement dûment remplis et l'information justificative doivent être transmis à l'adresse suivante :

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie

Service des règlements
199, rue Bay, bureau 2500, C.P. 139, Succursale Commerce Court
Toronto (Ontario) M5L 1E2
Tél. : 416 594-2627 ou ligne sans frais : 1 877 772-7797
claims.A_H@chubb.com

Le présent **certificat** doit être en vigueur à la date du diagnostic. L'**assuré** doit nous faire parvenir le formulaire de demande de règlement au cours de la période d'un an suivant la date de survenance du sinistre aux termes du présent **certificat**.

Formulaires fournis par l'assureur

Nous fournirons les formulaires de demande de règlement au cours de la période de 15 jours suivant la réception de l'avis de sinistre soumis par une personne ayant le droit de présenter une demande de règlement. Si le réclamant n'a pas reçu les formulaires au cours de cette période de 15 jours, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant l'événement donnant lieu à la demande.

Preuve de sinistre

Les documents attestant les circonstances du sinistre comprennent, sans s'y limiter :

- La déclaration et l'autorisation du réclamant fournies à Chubb Vie dans lesquelles sont indiquées la cause et la nature de la **blessure** ou de la **maladie**, selon le cas, faisant l'objet de la demande de règlement;
- Les déclarations du médecin;
- Les rapports de police ou d'accident;
- Les dossiers médicaux.

LES COÛTS LIÉS À L'OBTENTION DE CES RENSEIGNEMENTS SONT À LA CHARGE DU RÉCLAMANT

Défaut de soumettre un avis de sinistre

Tout défaut de **nous** transmettre un avis de sinistre ou de **nous** présenter une **preuve de sinistre** dans les délais prescrits dans le présent **certificat** n'invalidera pas la demande de règlement si l'avis est transmis ou la preuve présentée dès qu'il est raisonnablement possible de le faire et s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de transmettre l'avis ou de présenter la preuve dans ces délais prescrits. **Nous** n'accepterons en aucun cas un avis de sinistre reçu après un délai de 365 jours.

Délai de versement des sommes

Si une demande de règlement est approuvée, **nous** versons toutes les sommes payables aux termes du présent **certificat** dans un délai de 60 jours suivant la réception d'une preuve de sinistre que **nous** jugeons satisfaisante.

Résiliation de votre couverture

Résiliation par vous

Vous seul pouvez en tout temps résilier **votre** couverture et, le cas échéant, celle de **votre conjoint assuré**. Si **vous** résiliez **votre certificat** au cours des 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur, toute prime versée **vous** sera remboursée. Si **vous** résiliez **votre certificat** en tout temps après ce délai, toute prime versée après la date à laquelle **nous** avons reçu **votre** avis de résiliation **vous** sera remboursée. Pour résilier **votre certificat**, appelez-**nous** au 1 800 387-9844 ou faites-**nous** parvenir **votre** demande par écrit à l'adresse : 144, rue Front Ouest, bureau 200, Toronto (Ontario) M5J 2L7, Canada.

Résiliation par nous

Nous ne pouvons pas résilier **votre** certificat avant la **date d'expiration**, sauf si **nous** résilions la **police collective**. Dans certaines circonstances, nous pouvons déclarer la nullité du **certificat** s'il y a eu fausse déclaration ou omission de divulgation. Consultez les sections Fausse déclaration et Fausse déclaration de l'âge ou du genre assigné à la naissance.

Résiliation de la police collective

Le **titulaire de police** peut résilier la **police collective** en **nous** envoyant un avis écrit indiquant la date à laquelle cette résiliation doit prendre effet. Il doit s'écouler un délai d'au moins trente (30) jours entre la date à laquelle l'avis **nous** est envoyé et la **date de prise d'effet** de la résiliation.

Nous pouvons résilier la **police collective** en envoyant au **titulaire de police** un avis écrit indiquant la date future à laquelle cette résiliation doit prendre effet. Nous pouvons résilier la **police collective**, ou n'importe laquelle de ses garanties individuelles, en envoyant un avis de résiliation écrit au titulaire de police au moins trente (30) jours avant la date de la résiliation. Tous les certificats établis seront résiliés à la date à laquelle la **police collective** prendra fin.

Dispositions générales

Vous et tout réclamant aux termes du présent **certificat** avez le droit, conformément à la loi applicable dans **votre** province ou territoire de résidence, d'obtenir sur demande une copie de la **police collective**, sous réserve de certaines restrictions liées à l'accès.

Toute disposition de la **police collective** qui, à sa **date de prise d'effet**, contrevient aux lois du territoire de compétence dans lequel la **police collective** a été établie est modifiée de façon à être conforme aux exigences minimales de ces lois.

La communication d'un avis à un mandataire ou à une personne ou la connaissance d'un renseignement par un mandataire ou une personne ne peut constituer une renonciation ou une modification visant le présent **certificat** ni **nous** empêcher de faire valoir **nos** droits aux termes du présent **certificat**. En outre, les dispositions du présent **certificat** ne peuvent faire l'objet d'une modification ou d'une renonciation, sauf si nous établissons un avenant que **vous** acceptez par écrit et dont **vous** avez été préalablement informé par écrit.

Si le **titulaire de police** ou l'**assureur** commet des erreurs d'écriture dans le cadre de la tenue des dossiers relatifs à la **police collective**, ces erreurs n'auront pas pour effet de modifier ou d'invalider la couverture ni de maintenir en vigueur une couverture qui aurait autrement pris fin pour des raisons valables.

Tous les droits et obligations aux termes de la **police collective** sont régis par les lois du Canada et celles de **votre** province ou territoire de résidence.

Fausse déclaration

Si **vous** avez fait une déclaration incorrecte, une fausse déclaration ou omis de divulguer un fait important dans **votre** proposition d'assurance, y compris dans toute déclaration écrite, téléphonique ou électronique fournie comme preuve d'assurabilité, **nous** pouvons contester la validité du présent **certificat**, c'est-à-dire que **nous** pouvons déclarer la nullité du présent **certificat** depuis la **date de prise d'effet**.

Cependant, sauf en cas de fraude, **nous** ne contesterons pas la validité du présent **certificat** une fois qu'il aura été en vigueur depuis deux années consécutives à compter de sa **date de prise d'effet** ou, s'il a été remis en vigueur, de la date de sa dernière remise en vigueur.

Si un cas de fraude est établi, **nous** pouvons en tout temps déclarer la nullité du présent **certificat** et rembourser les primes payées. Par fraude, on entend, sans s'y limiter, une fausse déclaration importante concernant **votre** usage du tabac ou celui de **votre conjoint assuré**. Ce terme englobe également toute fausse déclaration concernant la divulgation ou l'omission d'un renseignement important pour **notre** décision d'établir le présent **certificat** au taux de prime que **nous** avons appliqué à son établissement.

Fausse déclaration de l'âge ou du genre assigné à la naissance

Si la date de naissance ou le genre assigné à la naissance indiqués dans la proposition d'assurance pour **vous** ou **votre conjoint** sont erronés, nous rajusterons le **montant de la prestation** payable en fonction du montant ou des montants qui auraient été versés selon l'âge ou le genre assigné à la naissance exact compte tenu de la prime que **vous** payez. Cependant, dans le cas où **nous** n'aurions pas établi le présent **certificat** en raison du non-respect de nos critères relatifs à l'âge, **nous** déclarerons la nullité du présent **certificat** et **vous** rembourserons toutes les primes que **vous** avez payées.

Contestabilité de la couverture

La couverture aux termes du présent **certificat** est contestable conformément aux lois applicables dans le territoire de compétence où **vous** résidez.

Changement touchant l'usage du tabac

Un **assuré** qui demande de passer des taux pour fumeurs aux taux pour non-fumeurs ne doit pas avoir consommé de produits du tabac, de substituts de nicotine ou de marijuana sous quelque forme que ce soit et à aucun moment pendant une période de douze (12) mois consécutifs et remplir un Formulaire de déclaration relative à l'usage du tabac.

Monnaie

Tous les versements à effectuer aux termes de la **police collective** sont payables en monnaie légale du Canada.

Interdiction de cession

Vous ne pouvez pas transférer ou céder à quiconque **vos** droits et intérêts au titre du présent certificat.

Sanctions

La présente assurance ne s'applique pas dans la mesure où des sanctions commerciales ou économiques ou d'autres lois ou règlements **nous** interdisent de fournir une assurance, y compris, sans s'y limiter, le paiement des sinistres.

Actions en justice

Toute action ou procédure intentée contre un assureur en vue de recouvrer des sommes assurées payables aux termes du contrat est absolument interdite, à moins d'être entreprise dans les délais prescrits dans la *Loi sur les assurances*, la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* ou toute autre loi applicable dans la province ou le territoire de résidence de l'assuré.

Protection de vos renseignements personnels

Chubb est résolument engagée à protéger les renseignements personnels de ses clients. Conformément à sa politique, Chubb restreint l'accès aux renseignements sur les clients aux seules personnes qui ont besoin de les connaître pour combler les besoins d'assurance des clients et pour assurer et améliorer le service à la clientèle. **Nous, nos** réassureurs et les administrateurs autorisés avons besoin des renseignements fournis par les clients pour évaluer l'admissibilité des clients aux indemnités, y compris pour déterminer si l'assurance est en vigueur, pour examiner l'applicabilité des exclusions et pour coordonner la garantie avec les autres assureurs. À ces fins, **nous, nos** réassureurs et les administrateurs autorisés consultons des dossiers d'assurance existants sur les clients, recueillons des renseignements supplémentaires sur les clients et auprès de ceux-ci et, au besoin, recueillons des renseignements auprès de tiers et échangeons des renseignements avec ceux-ci. **Nous** ne divulguons pas les renseignements sur **nos** clients à des tiers autres que **nos** mandataires et courtiers, sauf si **nous** devons le faire pour exercer nos activités, par exemple pour traiter des demandes de règlement, ou si la loi l'exige. Les clients sont priés de prendre note que, dans certains cas, les employés, les fournisseurs de services, les mandataires, les réassureurs et leurs fournisseurs, de Chubb peuvent être situés à l'extérieur du Canada et que les renseignements personnels concernant les clients peuvent donc être assujettis aux lois de ces territoires étrangers.

Le chef de la protection des renseignements personnels; Chubb du Canada compagnie d'assurance vie, 199, rue Bay Street, 25^e étage, Toronto (Ontario) M5L 1E2. Pour un complément d'information sur la protection des renseignements personnels à la société Chubb, prière de parcourir le site Chubb.com/ca.

Procédures de règlement des plaintes

Si **vous** avez une plainte à formuler ou une demande de renseignements à présenter au sujet de tout aspect de la présente couverture d'assurance, prière d'appeler au 1 877 534-3655 entre 8 h et 20 h (HE), du lundi au vendredi.

Si, pour quelque raison que ce soit, **vous** n'êtes pas satisfait de la résolution de la plainte ou de la demande de renseignements, **vous** pouvez transmettre **votre** plainte ou **votre** demande de renseignements par écrit à **notre** responsable des plaintes :

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie
199, rue Bay, bureau 2500
C.P. 139, succursale Commerce Court
Toronto (Ontario) M5L 1E2

Courriel : complaintscanada@chubb.com

Si **vous** n'êtes toujours pas satisfait de la résolution de la plainte ou de la demande de renseignements, **vous** pouvez communiquer **votre** plainte ou **votre** demande de renseignements par écrit à :

Ombudsman des assurances de personnes
20, rue Adelaide, Est
Toronto (Ontario) M5H 1L6

Termes utilisés dans le présent certificat

Accident s'entend d'un événement soudain, imprévisible et non intentionnel qui entraîne des blessures.

Activités de la vie quotidienne s'entend des activités suivantes :

1. Se laver : se laver soi-même par une toilette à l'éponge, ou dans un bain ou une douche, incluant l'action d'entrer et de sortir du bain ou de la douche.
2. S'habiller : action de mettre et d'enlever tous les vêtements, ainsi que les appareils orthopédiques, les attaches ou les membres artificiels requis.
3. Aller aux toilettes : se rendre aux toilettes et en revenir, s'asseoir sur le siège et s'en relever, ainsi que s'acquitter des soins d'hygiène personnelle y afférents.
4. Être continent : capacité de maîtriser ses fonctions intestinales et urinaires ou, si ces fonctions ne peuvent être maîtrisées, capacité de s'acquitter des soins d'hygiène personnelle y afférents (y compris ceux liés à l'utilisation d'un cathéter ou d'une poche pour colostomie).
5. Se déplacer : capacité de prendre place dans un lit, sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever avec ou sans l'aide d'appareils adaptés.
6. Se nourrir : capacité de consommer des aliments qui ont été préparés ou servis, avec ou sans l'aide de couverts adaptés.

Assuré principal s'entend du participant du **titulaire de police** qui a adhéré à la présente couverture et dont le nom figure dans les **Conditions particulières** en tant qu'**assuré principal** et **titulaire du certificat** ou, dans le cas où la couverture de l'**assuré principal** prend fin, du **conjoint assuré** si la couverture du **conjoint assuré** demeure en vigueur conformément au présent **certificat**.

Assuré s'entend de la personne ayant adhéré à la présente couverture et dont le nom figure dans les **Conditions particulières** à titre d'**assuré principal** ou de **conjoint assuré**.

Assureur s'entend de Chubb du Canada compagnie d'assurance vie. L'**assureur** peut aussi être désigné par les termes **nous, notre** et **nos**.

Blessure s'entend d'une blessure corporelle résultant directement et indépendamment de toute autre cause d'un **accident** dont la cause est externe, violente et visible, et subie pendant que l'**assuré** est couvert aux termes du présent **certificat**. La **blessure** doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'**accident**.

Catégorie d'assurés s'entend d'un groupe d'**assurés** constitué selon l'âge, le sexe et l'usage du tabac.

Client de la Banque Scotia désigne une personne qui entretient des relations d'affaires avec La Banque de Nouvelle-Écosse ou l'une de ses filiales, sociétés affiliées ou sociétés associées canadiennes.

Conditions particulières s'entend du tableau fourni dans le présent **certificat** qui indique le nom de l'**assuré**, la **date de prise d'effet** de la couverture et les options de couverture choisies.

Conjoint s'entend d'une personne :

1. avec laquelle **vous** êtes légalement marié ou qui cohabite avec **vous**; ou
2. qui cohabite avec **vous** et est présentée comme **votre** partenaire de vie depuis au moins un an dans la communauté dans laquelle **vous** résidez et continue d'être présentée comme tel.

Date d'échéance de la prime s'entend de la **date de prise d'effet** de la prime initiale exigible et du premier jour de chaque mois par la suite.

Date d'expiration s'entend de la date à laquelle la couverture d'assurance de l'**assuré** prend fin, telle qu'elle est indiquée dans les **Conditions particulières**; elle correspond à la **date d'expiration**, soit la **date d'échéance de la prime** suivant le 75^e anniversaire de naissance d'un **assuré**.

Date de prise d'effet s'entend de la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance de l'**assuré**, telle qu'elle est indiquée dans les **Conditions particulières**.

Déficience cognitive s'entend de la détérioration mentale et de la perte des capacités intellectuelles, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un **médecin**. Le degré de **déficience cognitive** doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance continue d'au moins huit heures par jour.

État préexistant s'entend d'une **blessure** ou d'une **maladie** pour laquelle l'**assuré** a reçu un **traitement**, un **avis** ou un **diagnostic**, ou pour laquelle un **traitement** a été requis ou recommandé par un **médecin** au cours de la période de 24 mois précédant immédiatement la **date de prise d'effet** du **certificat** ou la date de sa dernière remise en vigueur, ou la date de la dernière augmentation du montant de la couverture que **vous** avez demandée en ce qui concerne le montant de l'augmentation seulement. Un **état préexistant** comprend un état qui donne lieu directement ou indirectement à la **maladie couverte** dans les 24 mois suivant la **date de prise d'effet** du **certificat** ou la date de sa dernière remise en vigueur.

Fumeur s'entend d'un **assuré** qui a consommé des produits du tabac, des substituts de nicotine ou de la marijuana sous quelque forme que ce soit et à n'importe quel moment pendant la période de douze (12) mois consécutifs précédant immédiatement la **date de prise d'effet** du **certificat**, ou la date de sa dernière remise en vigueur, en ce qui concerne la couverture de cette personne.

Maladie s'entend d'une affection, d'un état pathologique ou d'un handicap physique ou mental de quelque nature que ce soit.

Maladie couverte s'entend :

Maladies couvertes du niveau 1 :

Maladie d'Alzheimer, chirurgie de l'aorte, tumeur cérébrale bénigne, cancer, coma, pontage aortocoronarien, surdité, crise cardiaque (infarctus du myocarde), remplacement des valvules cardiaques, perte de l'usage de la parole, défaillance d'un organe vital, greffe d'un organe vital, maladie des motoneurons, sclérose en plaques, infection   VIH contractée au travail, maladie de Parkinson, brûlures graves et accident vasculaire cérébral.

Maladies couvertes du niveau 2 :

Cécité, perte d'un membre, perte d'autonomie et paralysie.

Maladie ou trouble d'ordre mental ou nerveux s'entend d'une névrose, d'une psychon vrose, d'une psychopathie, d'une psychose ou encore d'une maladie ou d'un trouble d'ordre mental ou  motif de quelque nature que ce soit, sans maladie organique objective.

Médecin s'entend d'un médecin reconnu par le coll ge des médecins et chirurgiens de la province, du territoire ou du pays où les soins sont prodigués. Le **médecin** doit être une personne autre qu'un **membre de la famille imm diat e**.

Membre de la famille imm diat e s'entend de **votre conjoint**, père, mère, beau-père, belle-mère, fils, fille, beau-fils, belle-fille, frère, s eur, quasi-frère, quasi-s eur, beau-frère, belle-s eur, belle-mère, beau-père, gendre et bru.

Montant de la prestation s'entend du montant que **nous vous** verserons conformément aux dispositions du présent **certificat** et tel qu'il est indiqué dans les **Conditions particulières**.

Non-fumeur s'entend d'un **assuré** qui n'a pas consommé de produits du tabac, de substituts de nicotine ou de marijuana sous quelque forme que ce soit et à aucun moment pendant la période de douze (12) mois consécutifs précédant immédiatement la **date de prise d'effet** du **certificat**, ou la date de sa dernière remise en vigueur, en ce qui concerne la couverture cette personne.

Résident canadien s'entend d'une personne qui réside habituellement au Canada. La preuve de résidence doit comprendre une preuve satisfaisante à notre avis des éléments suivants :

- résidence habituelle ou ordinaire au Canada;
- preuve de résidence réputée d'un point de vue fiscal par l'Agence du revenu du Canada; ou
- obtention du statut de résident permanent par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

SIDA s'entend du syndrome d'immunodéficience acquise.

Spécialiste s'entend d'un **médecin** qui pratique exclusivement dans le domaine particulier de la médecine ou de la chirurgie nécessaire pour diagnostiquer l'une des **maladies couvertes** précisées ou pratiquer une intervention chirurgicale chez une personne qui en est atteinte.

Traitement ou avis s'entend d'une consultation chez un **médecin** ou d'un soin ou service fourni par celui-ci. Un **traitement ou avis** comprend, sans s'y limiter, les méthodes de diagnostic et les médicaments prescrits.

Vous, votre et **vos** s'entendent de l'**assuré principal** ou, si la couverture établie à l'égard de l'**assuré principal** prend fin, du **conjoint assuré** si la couverture du **conjoint assuré** demeure en vigueur conformément au présent **certificat**.

Description des maladies couvertes

Maladies couvertes du niveau 1 :

Maladie d'Alzheimer

Diagnostic formel d'une affection dégénérative progressive du cerveau. Le diagnostic doit être étayé par des preuves médicales attestant que l'**assuré** présente des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Tous les autres troubles organiques du cerveau de type démentiel et maladies psychiatriques sont exclus de la définition de cette **maladie couverte**. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un **médecin** spécialisé en neurologie ou en psychiatrie.

Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale médicalement nécessaire pour remédier à une affection de l'aorte et qui nécessite l'excision de l'aorte et son remplacement par greffon. La **chirurgie de l'aorte** doit être pratiquée sur l'avis écrit préalable d'un **médecin** spécialisé en chirurgie cardio-vasculaire. « Aorte » s'entend de l'aorte thoracique et abdominale, mais non de ses ramifications.

Tumeur cérébrale bénigne

Tumeur bénigne du cerveau ou des méninges confirmée par examen histologique. Les kystes, les granulomes, les malformations des artères ou des veines intracrâniennes et les tumeurs ou lésions de l'hypophyse sont expressément exclus. Le diagnostic doit être confirmé par un examen neuroradiologique effectué par un **spécialiste** formé pour interpréter les résultats d'examen radiologiques.

Cancer

Tumeur maligne caractérisée par la prolifération anarchique de cellules cancéreuses qui envahissent les tissus. Cette définition inclut la leucémie, la maladie de Hodgkin et le mélanome invasif, mais non les types suivants :

- a. Carcinome in situ;
- b. Sarcome de Kaposi ou autres cancers liés au **SIDA** et cancer chez une personne porteuse du virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
- c. Cancer de la peau ou mélanome non invasif qui ne dépasse pas 0,75 millimètre d'épaisseur;
- d. Cancer de la prostate diagnostiqué au stade T1 N0 M0 ou à un stade équivalent; ou
- e. Récidive ou métastase d'un cancer qui a été initialement diagnostiqué avant la **date de prise d'effet**.

Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un **médecin** spécialisé en oncologie.

Coma

État d'inconscience de l'**assuré** pendant au moins 96 heures consécutives, caractérisé par une absence de réaction aux stimuli externes autres que des réflexes primitifs d'évitement. Le terme **coma** n'englobe pas un coma artificiel. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un **médecin** spécialisé en neurologie.

Pontage aortocoronarien

Intervention chirurgicale pratiquée par un **médecin** spécialisé en chirurgie cardio-vasculaire visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen de greffes. Les techniques non chirurgicales comme l'angioplastie par ballonnet, le soulagement d'une obstruction par laser ou d'autres techniques intra-artérielles ne seront pas considérées comme une **maladie couverte**.

Surdité

Diagnostic de la perte irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant de plus de 90 décibels pour chaque oreille. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un **médecin** spécialisé en otorhinolaryngologie.

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'infarctus du myocarde et présentant au moins un des éléments suivants :

- a. symptômes de **crise cardiaque**;
- b. modifications électrocardiographiques (ECG) indiquant un infarctus du myocarde; ou
- c. apparition d'ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

La **crise cardiaque** ne comprend pas :

- a. les variations de l'ECG évoquant un infarctus du myocarde antérieur;
- b. d'autres syndromes coronariens aigus, y compris l'angine de poitrine et l'angine de poitrine instable; ou
- c. l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques ou la manifestation de symptômes attribuables à des actes ou des diagnostics médicaux non liés à une **crise cardiaque**.

Remplacement des valvules cardiaques

Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un **médecin** spécialisé en cardiologie.

Exclusion : Aucune prestation ne sera versée au titre de cette maladie si l'intervention vise à réparer une valvule cardiaque.

Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une **blesseure** ou d'une **maladie** pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de **perte de l'usage de la parole** doit être confirmé par écrit par un **spécialiste**.

Défaillance d'un organe vital

Défaillance complète et irréversible du cœur, du foie, du pancréas (les greffes de cellules des îlots pancréatiques sont exclues), des deux poumons, des deux reins ou de la moelle osseuse, ayant pour conséquence que l'organe touché ne répond à aucun traitement et que l'**assuré** est médicalement tenu de s'inscrire à un programme de greffe d'organes reconnu au Canada afin de recevoir par greffe un cœur, un foie, un pancréas, un poumon, un rein ou de la moelle osseuse.

Greffe d'un organe vital

Diagnostic formel de défaillance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui rend une greffe médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une greffe d'organe vital, l'**assuré** doit subir une chirurgie pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, et la greffe doit se limiter à ces organes. Le diagnostic de **défaillance d'un organe vital** doit être confirmé par écrit par un **spécialiste**.

Maladie des motoneurones

Diagnostic formel d'une des maladies suivantes :

- Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig);
- Sclérose latérale primitive;
- Atrophie musculaire progressive;
- Paralyse bulbaire progressive; ou
- Paralyse pseudo-bulbaire.

Le diagnostic de **maladie des motoneurones** doit être posé par un **spécialiste**.

Sclérose en plaques

Diagnostic formel écrit posé par un **médecin** spécialisé en neurologie au moyen des critères de McDonald les plus récents.

Infection à VIH contractée au travail

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure qui a exposé l'**assuré** à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure ayant causé l'infection doit avoir eu lieu après la **date de prise d'effet** de la couverture de l'**assuré**.

La prestation relative à cette maladie est payable si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- a. la **blessure** doit nous être signalée dans les 14 jours suivant la date à laquelle elle est survenue;
- b. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la date à laquelle la **blessure** est survenue et le résultat doit être négatif;
- c. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la date à laquelle la **blessure** est survenue et le résultat doit être positif;
- d. tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada;
- e. la **blessure** doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux normes de santé et de sécurité au travail en vigueur au Canada.

Aucune prestation relative à l'**infection à VIH contractée au travail** n'est payable dans les cas suivants :

- a. L'**assuré** a refusé de se faire administrer un vaccin breveté existant qui offre une protection contre le VIH;
- b. Un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la **blessure**; ou
- c. L'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Maladie de Parkinson

Diagnostic formel de la **maladie de Parkinson** primitive idiopathique caractérisée par la manifestation de signes de déficience progressive.

Brûlures graves

Brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un **médecin** spécialisé en chirurgie plastique.

Accident vasculaire cérébral

Accident vasculaire cérébral, excluant un accident ischémique transitoire (AIT), produisant un infarctus du tissu cérébral attribuable à une thrombose, à une hémorragie d'un vaisseau intracrânien ou à une embolie causée par une source extracrânienne. La personne doit présenter des signes de déficits neurologiques permanents persistant pendant 30 jours consécutifs, étayés par des preuves attestant que les déficits résultent d'un **accident vasculaire cérébral**, et le tout doit être confirmé par écrit par un **médecin** spécialisé en neurologie.

Maladies couvertes du niveau 2 :

Cécité

Perte totale et irréversible de la vision des deux yeux découlant d'une **blessure** ou d'une **maladie**. L'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins pour les deux yeux et le champ visuel doit être inférieur à 20 degrés pour les deux yeux. Le diagnostic doit être confirmé par écrit au moyen de tests cliniques effectués par un **médecin** spécialisé en ophtalmologie.

Perte d'un membre

Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut, par suite d'un **accident** ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de **perte d'un membre** doit être confirmé par écrit par un **spécialiste**.

Perte d'autonomie

Perte d'autonomie s'entend :

- a. d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) **activités de la vie quotidienne**; ou
- b. d'une **déficience cognitive**.

Les maladies ou troubles d'ordre mental ou nerveux ne sont pas couverts.

La **perte d'autonomie** doit persister pendant une période continue d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours après la date du diagnostic sans espoir raisonnable de rétablissement.

Paralysie

Perte complète et irréversible des fonctions d'au moins deux (2) membres causée par des dommages neurologiques attribuables à une **blessure** ou à une **maladie**, sous réserve que ladite perte fonctionnelle dure pendant une période de 180 jours consécutifs et qu'il soit par la suite déterminé, au moyen d'une preuve que nous jugeons satisfaisante, qu'elle est permanente. Le diagnostic doit être confirmé par écrit par un **médecin** spécialisé en neurologie.

ENTENTE DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

L'entente de prélèvement automatique qui suit s'applique uniquement si vous payez votre prime à partir d'un compte bancaire.

Conditions

En adhérant au programme, **vous** reconnaissez et convenez que tout retrait effectué en vertu de la présente entente de prélèvement automatique est destiné à des services personnels et que le montant de la prime (y compris les taxes applicables) perçue dans le cadre de cette entente peut varier (par exemple, en cas de modification de la taxe de vente). Les retraits seront effectués mensuellement à compter de la **date d'échéance de la prime** (ou de la date de la perception de la prime si **nous** avons accepté de percevoir la prime à une autre date) et seront du montant indiqué dans les **Conditions particulières**. Les retraits seront effectués sur le compte que **vous nous** avez indiqué lors du processus d'adhésion.

Vous comprenez et convenez que vous avez renoncé au droit de recevoir un préavis d'au moins 10 jours avant le premier **prélèvement de la prime**. **Vous comprenez et convenez** que si **vous** apportez des modifications à l'entente de prélèvement automatique initiale, ou si la taxe de vente augmente, Chubb du Canada compagnie d'assurance vie (« Chubb Vie ») pourrait ne pas **vous** envoyer d'avis écrit, à moins que **vous** n'en fassiez expressément la demande.

Vous convenez également de renoncer à l'obligation pour Chubb Vie de vous informer du montant des prélèvements automatiques effectués après le premier prélèvement, que le montant soit modifié ou non. La présente entente sera automatiquement résiliée si Chubb Vie est incapable d'effectuer un prélèvement sur **votre** compte. **Vous** comprenez et convenez que le fait de donner à Chubb Vie cette autorisation de prélèvement sur **votre** compte correspond à remettre un avis à l'institution financière auprès de laquelle **vous** détenez **votre** compte. **Votre** institution financière débitera le compte que **vous** avez indiqué comme si **vous** lui aviez donné des instructions écrites. L'institution financière ne vérifiera pas si le prélèvement a été effectué conformément à la présente autorisation, une telle vérification n'étant pas une condition pour honorer le prélèvement.

Vous reconnaissez que la présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que Chubb Vie reçoive de **votre** part un avis écrit de modification ou de résiliation. **Vous** pouvez résilier la présente entente de prélèvement automatique en tout temps en envoyant un avis écrit à Chubb Vie au moins trente (30) jours avant la date prévue du prochain prélèvement à l'adresse fournie ci-dessous ou en appelant au numéro sans frais 1 800 387-9844. **Vous** comprenez que **vous** pouvez obtenir un modèle de formulaire de résiliation ou de plus amples renseignements sur **votre** droit de résilier la présente entente de prélèvement automatique auprès de **votre** institution financière ou sur le site <https://paiements.ca/>.

Vous reconnaissez que **vous** disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente de prélèvement automatique. Par exemple, **vous** avez le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à cette entente. Pour en savoir plus sur **vos** droits de recours ou obtenir un modèle de formulaire de résiliation de l'entente de prélèvement automatique, **vous** pouvez communiquer avec **votre** institution financière ou visiter le site <https://paiements.ca/>.

Vous pouvez communiquer avec Chubb Vie pour signifier des avis, présenter des demandes de renseignements, obtenir de l'information ou exercer **vos** droits de recours relativement aux prélèvements effectués en vertu de la présente entente; écrivez alors au 2500 – 199, rue Bay, Toronto (Ontario) M5L 1E2 ou appelez au numéro sans frais 1 800 387-9844.

Tous les termes inscrits en caractères gras, mais non définis dans la présente entente de prélèvement automatique ont le sens qui leur est donné dans le **certificat d'assurance**.

CONFIRMATION DE L'ADHÉSION ET DÉCLARATION

PRIÈRE DE LIRE ATTENTIVEMENT

Lorsque **vous** avez adhéré à la couverture fournie aux termes de la **police collective**, **vous** avez reconnu et accepté ce qui suit :

Vous comprenez et convenez que :

1. Les dispositions de l'Assurance maladies graves améliorée Scotia, souscrite auprès de Chubb du Canada compagnie d'assurance vie, sont énoncées dans le **certificat d'assurance** qui fera partie de la trousse d'adhésion qui **vous** sera remise. Le contrat contient des limitations et exclusions importantes qui sont décrites dans le **certificat**. Par exemple, aucune prestation ne sera versée si un sinistre résulte directement ou indirectement de ce qui suit :
 - Une **blessure** ou une **maladie** non définie dans **vosre certificat d'assurance**;
 - Les complications d'une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de tout variant de celui-ci, y compris le **SIDA** et le para-sida;
 - Les blessures que l'**assuré** s'inflige intentionnellement ou qui résultent d'une tentative de suicide;
 - Les blessures résultant de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte illégal;
 - Le mauvais usage d'un médicament, ou l'abus de drogues ou de substances intoxicantes;
 - Un **état préexistant** (le cas échéant).Veuillez noter que la prestation n'est pas payable si **vous** recevez un diagnostic de **cancer** dans les 90 jours suivant la **date de prise d'effet** de la couverture.
2. Toute couverture établie à **vosre** égard entrera en vigueur à la **date de prise d'effet** indiquée dans les **Conditions particulières** pourvu que la prime initiale ait été réglée à cette date. Veuillez lire attentivement les **Conditions particulières** et le **certificat d'assurance**. **Vous** pouvez résilier **vosre** couverture en tout temps. Si **vous** la résiliez dans les 30 jours suivant la **date de prise d'effet** du **certificat**, la totalité des primes payées **vous** sera remboursée à condition qu'aucune demande de règlement n'ait été présentée.
3. Ultimement, les dispositions de **vosre** couverture sont régies par les dispositions de la **police collective** d'Assurance maladies graves améliorée Scotia, que **vous** pouvez examiner en communiquant avec le siège social de Chubb Vie.
4. Tous les renseignements fournis dans la présente demande et dans toute autre déclaration ou réponse soumise dans le cadre de la présente demande à **vosre** sujet et, le cas échéant, au sujet de **vosre conjoint**, y compris, sans s'y limiter, l'âge, la date de naissance, le genre assigné à la naissance et l'usage du tabac, sont complets et exacts. **Vous** comprenez et convenez que toute déclaration incorrecte, fausse déclaration importante ou omission faites dans la présente demande ou dans toute autre déclaration ou réponse soumise dans le cadre de la présente demande peut entraîner la nullité de toute couverture établie à la suite de cette demande.
5. **Vous** êtes tenu de respecter les conditions de l'engagement de la Banque Scotia en matière de confidentialité accessible à l'adresse <https://www.assurancescotia.com/fr/politique-de-confidentialite.html> et de la politique de confidentialité de Chubb. Un exemplaire de la politique de confidentialité de Chubb sera inclus dans **vosre** trousse de bienvenue. Il est important de noter que Chubb du Canada compagnie d'assurance vie communiquera **vos** renseignements personnels à ses tiers administrateurs, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Canada et sont assujettis aux lois locales. Le cas échéant, **vous** comprenez et convenez qu'il **vous** incombe de **vous** assurer que **vosre conjoint** a consenti à ce que **vous** fournissiez à Chubb tous les renseignements personnels demandés sur **vosre conjoint** aux fins de son adhésion et que **vosre conjoint** a lu, compris et accepté les conditions de l'engagement de la Banque Scotia en matière de confidentialité et de la politique de confidentialité de Chubb.
6. Pour faciliter l'administration de **vosre** couverture, **vous** autorisez et enjoignez La Banque de Nouvelle-Écosse (le **titulaire de police**), ainsi que ses filiales, sociétés affiliées ou sociétés associées canadiennes, à communiquer à Chubb Vie des renseignements pertinents, comme votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone.