



GUIDE DE DISTRIBUTION

ASSURANCE PRÊTS AUX ENTREPRISES

Nom du produit d'assurance : Assurance prêts aux entreprises
Type de produit d'assurance : Assurances vie, *mutilation accidentelle* , maladies graves et *invalidité*
Polices d'assurance collective n^{os} : 51000 et 57903

Coordonnées de l'assureur

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« l'assureur »)
227, rue King Sud
C. P. 638
Waterloo (Ontario)
N2J 4C5

Téléphone : 1 877 271-8713
Télécopieur : 1 866 923-8353

Courriel : creditorteam@sunlife.com

Coordonnées du distributeur

Banque Royale du Canada (« RBC Banque Royale »)
Centre des services d'assurance
C. P. 53, succursale A
Mississauga (Ontario)
L5A 2Y9

Téléphone : 1 800 769-2523
Télécopieur : 1 800 864-6102

Courriel : isc@rbc.com

Adresse de RBC Banque Royale

RESPONSABILITÉ DE L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité des produits offerts dans le guide. L'assureur est le seul responsable de toute différence entre le contenu du guide et celui de la police.

INTRODUCTION

Le présent Guide de distribution décrit les caractéristiques et les garanties des assurances vie, *mutilation accidentelle* , maladies graves et *invalidité* que prévoit l'Assurance prêts aux entreprises offerte à l'entreprise à l'égard des prêts commerciaux de RBC Banque Royale. Ce document aidera l'entreprise à déterminer, sans recourir aux services d'un conseiller en assurance, si l'assurance offerte répond à ses besoins particuliers en matière d'assurance.

Ce guide contient des renseignements sur les couvertures d'assurance décrites dans les dispositions du contrat collectif, y compris celles que l'entreprise n'aurait pas choisies.

Cette assurance est établie par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	3
DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS	5
NATURE DES GARANTIES	5
RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES	5
• Entreprises admissibles à l'assurance	5
• Prêts admissibles à l'assurance	5
• Personnes admissibles à l'assurance	5
• Questions d'assurabilité de base	6
• Entrée en vigueur de l'Assurance prêts aux entreprises	6
• Fin de l'Assurance prêts aux entreprises	6
• Répartition du montant d'assurance parmi plusieurs segments	7
COÛT DE L'ASSURANCE	7
• Taux de primes mensuels des assurances vie, maladies graves et invalidité	8
ASSURANCE VIE	10
• Indemnité d'assurance vie	10
• Indemnité d'assurance vie maximale	10
ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE	10
• Indemnité d'assurance mutilation accidentelle	10
• Indemnité d'assurance mutilation accidentelle maximale	11
ASSURANCE MALADIES GRAVES	11
• Indemnité d'assurance maladies graves	11
• Indemnité d'assurance maladies graves maximale	11
• Ce qu'on entend par maladie grave couverte	11
• Indemnité d'assurance maladies graves inférieure à la dette à rembourser	12
ASSURANCE INVALIDITÉ	12
• Indemnité d'assurance invalidité	12
• Indemnité d'assurance invalidité maximale	13
• Délai de carence	13
• Début du versement des indemnités d'assurance invalidité	13
• Fin du versement des indemnités d'assurance invalidité	13
EXCLUSIONS, RESTRICTIONS OU RÉDUCTIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE	14
RÉSOLUTION	17
• Modalités de résolution de l'assurance	17
• Résolution de l'assurance dans les 30 premiers jours suivant son entrée en vigueur	17
DEMANDES DE RÈGLEMENT	17
• Présentation d'une demande de règlement	17
• Réponse de l'assureur	17
• Appel de la décision de l'assureur et recours	17
• Actions en justice/dates limites	17
PRODUITS SIMILAIRES	18
RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES	18
• Demandes de copies de documents	18
QUESTIONS AU SUJET DE LA COUVERTURE	18
RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS	18
CONFIDENTIALITÉ	19
AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE	20

DÉFINITIONS

Les définitions qui suivent aideront la *personne assurée* et l'*entreprise* à comprendre les dispositions de la police d'assurance collective et le sens des termes utilisés dans le présent guide. Tous les termes en italique figurant dans le présent guide sont définis comme suit :

Accident – blessure corporelle causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une source extérieure.

Affection préexistante – affection ou problème de santé pour lesquels la *personne assurée* a reçu un *traitement* au cours des douze (12) mois précédant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

Attestation de sinistre – attestation, que l'*assureur* juge satisfaisante, que la *personne assurée* a subi un sinistre assuré au titre de la *police*, et que le sinistre est survenu pendant que l'assurance de la *personne assurée* était en vigueur.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance – date d'entrée en vigueur de l'Assurance prêts aux entreprises de la *personne assurée* sur le *montant initial* et sur tout *montant de l'augmentation* d'un *prêt assuré*.

Délai de carence – période qui commence le premier jour d'*invalidité* et se termine après une période d'*invalidité* ininterrompue de 60 jours.

Diagnostic ou diagnostiqué(es) – avis écrit formulé par un *médecin* ou un *spécialiste* de la *maladie grave couverte*. L'avis doit être étayé par les dossiers médicaux de la *personne assurée* et indiquer la date à laquelle l'existence de la *maladie grave couverte* a été établie pour la première fois.

Effectivement au travail – fait pour la *personne à assurer* d'occuper un emploi rémunéré et d'exercer les fonctions habituelles de sa profession pour l'*entreprise*, moyennant rémunération ou profit éventuel, pendant au moins vingt (20) heures par semaine, en fonction des vingt-huit (28) jours précédant immédiatement la date de la *proposition*.

Employé saisonnier ou personne occupant un emploi saisonnier – *personne à assurer* ou *personne assurée* dont l'emploi est exercé sur une saison de travail qui a un début et une fin et pour laquelle il y a tout lieu de croire, d'après ses antécédents professionnels, qu'elle occupera le même emploi au début de la saison suivante.

Entreprise – entreprise individuelle, société de personnes, société par actions ou autre entité juridique, exploitée au Canada, qui fournit un produit ou un service au grand public moyennant profit éventuel.

Hôpital – établissement autorisé à donner des soins à des patients dans une unité de soins d'urgence, en clinique interne ou externe, et qui est sous la supervision d'un personnel composé de *médecins*.

Intervention chirurgicale – intervention médicale pratiquée sur la *personne assurée* et recommandée par un *médecin* ou *spécialiste*.

Invalide ou invalidité – blessure corporelle, maladie, complications de la grossesse et tout problème de santé connexe qui nécessitent des soins actifs et continus de la part d'un *médecin* et qui empêchent la *personne assurée* :

- d'accomplir les fonctions importantes et essentielles de la profession qu'elle exerçait avant le début de son *invalidité*, ou
- d'exercer quelque profession ou emploi rémunéré.

Maladie grave couverte – désigne uniquement les problèmes de santé définis à la disposition « Ce qu'on entend par *maladie grave couverte* ».

Médecin – praticien autorisé en vertu de la loi et des règles régissant l'exercice de sa profession à pratiquer la médecine au Canada ou aux États-Unis d'Amérique. Le *médecin* qui pose le *diagnostic* ou qui soigne la *personne assurée* ne peut être ni la *personne assurée*, ni un parent de la *personne assurée*, ni une personne qui réside normalement avec la *personne assurée*.

Montant de l'augmentation :

- toute augmentation ultérieure du montant du prêt initialement approuvé par RBC Banque Royale, ou
- toute augmentation ultérieure du montant de la limite de crédit initialement approuvé par RBC Banque Royale, ou
- tout nouveau segment de prêt approuvé par RBC Banque Royale.

Montant initial :

- le montant du prêt initialement approuvé par RBC Banque Royale, ou
- le montant de la limite de crédit maximale initialement approuvé par RBC Banque Royale.

Mutilation accidentelle – l'une ou l'autre des pertes irrémédiables suivantes consécutives à un *accident* :

- perte d'un bras par amputation à la hauteur de l'articulation du coude, ou au-dessus, ou
- perte d'une main par amputation à la hauteur de l'articulation du poignet, ou au-dessus, ou
- perte d'une jambe par amputation à la hauteur de l'articulation du genou, ou au-dessus, ou
- perte d'un pied par amputation à la hauteur de l'articulation de la cheville, ou au-dessus, ou
- perte de la vision totale d'un œil ou des deux yeux.

Mutilation multiple – perte irrémédiable, consécutive à un accident, des deux jambes, des deux bras, des deux mains, des deux pieds ou de la vision totale des deux yeux, ou de deux ou plus des membres susmentionnés (p. ex., un bras et une jambe).

Mutilation simple – perte irrémédiable, consécutive à un *accident*, d'une jambe, d'un bras, d'une main, d'un pied ou de la vision totale d'un œil. La perte d'un bras ou d'une jambe est considérée comme une *mutilation simple* même si la perte comprend la main ou le pied de ce membre.

Personne à assurer – personne admissible à l'Assurance prêts aux entreprises ayant présenté une *proposition* pour cette assurance qui n'a pas encore été approuvée.

Personne assurée – personne, admissible à l'Assurance prêts aux entreprises, ayant présenté une *proposition* à cet effet et qui a été acceptée et pour laquelle l'*entreprise* a acquitté la prime d'assurance applicable.

Police d'assurance collective – polices d'assurance collective n^{os} 51000 et 57903, établies par l'*assureur* à RBC Banque Royale.

Prêt(s) assuré(s) – tout prêt pour lequel l'assurance a été approuvée. Un *prêt assuré* est désigné par un numéro de prêt de huit chiffres et comprend tous les segments de prêt (désignés par un numéro de segment à trois chiffres distinct) ouverts au titre du prêt assuré.

Proposition – demande d'adhésion officielle au titre des numéros de police d'assurance collective, présentée par l'*entreprise* et la *personne à assurer*, qui est faite en remplissant la formule n^o 53460 de RBC.

Résident canadien – une *personne à assurer* ou une *personne assurée* qui vit et travaille au Canada au moins six (6) mois par an.

Signataire(s) autorisé(s) – représentant ou représentants désignés par l'*entreprise*, dont la signature lui (leur) donne le droit de traiter au nom de l'*entreprise*.

Spécialiste – praticien autorisé qui a reçu une formation médicale spécialisée en lien avec la *maladie grave couverte* faisant l'objet d'une demande de règlement d'assurance contre les maladies graves, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En l'absence d'un *spécialiste* ou en cas de non-disponibilité d'un *spécialiste*, et sous réserve de l'approbation de l'*assureur*, une *maladie grave couverte* peut être *diagnostiquée* par un médecin qualifié en vertu de la loi et des règles régissant l'exercice de sa profession pratiquant au Canada ou aux États-Unis d'Amérique. Le *spécialiste* qui pose le *diagnostic* ou fait l'*intervention chirurgicale* ne peut être ni la *personne assurée*, ni un parent de la *personne assurée*, ni une personne qui réside normalement avec la *personne assurée*.

Traitement – conseils, consultation, soins, *intervention chirurgicale*, *diagnostic* ou services prodigués par un *médecin* ou autre prestataire de soins de santé. Ce terme englobe, sans s'y limiter, les tests de diagnostic, les injections ou les médicaments sous forme de pilules ou autre se rapportant à un problème de santé.

DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS

NATURE DES GARANTIES

L'Assurance prêts aux entreprises offre une assurance crédit collective et est conçue pour protéger la dette assurée relative à un prêt commercial de RBC Banque Royale admissible en cas de décès, de *mutilation accidentelle*, de *maladie grave couverte* et d'*invalidité*.

RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES

Entreprises admissibles à l'assurance

Pour être admissible aux assurances vie, maladies graves et *invalidité*, l'*entreprise* doit :

- être domiciliée et exploitée au Canada,
- être débitrice de RBC Banque Royale au titre d'un prêt à terme, d'une facilité de crédit renouvelable ou d'un prêt hypothécaire, et
- être une entreprise individuelle, une société de personnes, une société par actions, une société de portefeuille ou une autre entité exploitant une entreprise ou une exploitation agricole.

Prêts admissibles à l'assurance

Les types de prêts suivants, s'ils sont libellés en dollars canadiens, sont admissibles aux assurances vie, maladies graves et *invalidité* :

- les prêts à terme et à demande, à taux fixe ou variable, de RBC Banque Royale,
- les prêts pour le financement des petites entreprises du Canada,
- les prêts hypothécaires commerciaux de moins de 1 000 000 \$,
- les prêts hypothécaires AgriRoyal®,
- les facilités de crédit renouvelables consenties sous forme de prêts basés sur le taux préférentiel de RBC Banque Royale.

Personnes admissibles à l'assurance

Pour être admissible à l'assurance vie, la *personne à assurer* doit répondre aux conditions suivantes :

- avoir 18 ans, mais moins de 65 ans à la date de la *proposition* d'assurance vie,
- être *résident canadien*, et
- avoir l'un ou l'autre des liens suivants avec l'*entreprise* :
 - être propriétaire de l'*entreprise*,
 - être responsable en totalité ou en partie de la gestion de l'*entreprise*, ou
 - être garant ou endosseur du *prêt assuré*.

Il est à noter que l'*entreprise* peut avoir jusqu'à vingt-cinq (25) *personnes assurées* au titre de l'assurance vie par *prêt assuré*. Une fois la demande d'assurance vie de la *personne à assurer* acceptée, l'assurance *mutilation accidentelle* lui est accordée d'office.

Pour être admissible à l'assurance *invalidité*, la *personne à assurer* doit :

- avoir 18 ans, mais moins de 65 ans à la date de la *proposition*,
- être *résident canadien*,
- se voir approuver une assurance vie d'au moins 25 000 \$ au titre de l'Assurance prêts aux entreprises et maintenir cette assurance en vigueur,
- être propriétaire de l'*entreprise*, et
 - être *effectivement au travail* à la date de la *proposition*, ou
 - si son emploi est saisonnier et qu'elle ne travaille pas à la date de la *proposition*, être apte à exercer les fonctions habituelles de son emploi.

Il est à noter que l'*entreprise* peut avoir jusqu'à trois (3) *personnes assurées* au titre de l'assurance *invalidité* par *prêt assuré*.

Pour être admissible à l'assurance maladies graves, la *personne à assurer* doit :

- avoir 18 ans, mais moins de 60 ans à la date de la *proposition* d'assurance maladies graves,
- être *résident canadien*,
- se voir approuver une assurance vie d'au moins 25 000 \$ au titre de l'Assurance prêts aux entreprises et maintenir cette assurance en vigueur, et

- avoir l'un ou l'autre des liens suivants avec l'*entreprise* :
 - être propriétaire de l'*entreprise*, ou
 - être responsable en totalité ou en partie de la gestion de l'*entreprise*, ou
 - être garant ou endosseur du *prêt assuré*.

Il est à noter que l'*entreprise* peut avoir jusqu'à vingt-cinq (25) *personnes assurées* au titre de l'assurance maladies graves par *prêt assuré*.

Questions d'assurabilité de base

La *proposition* d'Assurance prêts aux entreprises comprend trois (3) questions d'assurabilité de base. Si la demande porte sur l'assurance vie, la *personne à assurer* doit répondre à la première de ces questions. En cas de souscription des assurances vie et maladies graves, la *personne à assurer* doit répondre à la première et à la deuxième question d'assurabilité de base. En cas de souscription des assurances vie et *invalidité*, la *personne à assurer* doit répondre à la première et à la troisième question d'assurabilité de base.

La *proposition* d'assurance est automatiquement acceptée si :

- la *personne à assurer* répond par « non » à toutes les questions d'assurabilité de base applicables, et
- le montant d'assurance total demandé par l'*entreprise* ne dépasse pas 300 000 \$.

L'*assureur* exige une évaluation médicale distincte si :

- la *personne à assurer* répond par « oui » à l'une ou l'autre des questions d'assurabilité de base applicables, ou
- le montant d'assurance total demandé par l'*entreprise* dépasse 300 000 \$.

EXEMPLE :

Vous bénéficiez d'une assurance de 175 000 \$ sur un prêt contracté par la société ABC inc. et vous demandez une assurance de 140 000 \$ sur un prêt contracté par la société XYZ ltée. Le total des prêts commerciaux à assurer au titre de l'Assurance prêts aux entreprises est de 315 000 \$. Par conséquent, une évaluation médicale distincte est exigée.

Cette évaluation médicale permet à l'*assureur* d'étudier plus en détail la *proposition* d'assurance de la *personne à assurer* et autorise le *médecin* ou professionnel de la santé de la *personne à assurer* à lui fournir des renseignements médicaux au besoin.

L'évaluation peut comprendre ce qui suit, et l'*assureur* prend les arrangements nécessaires à ses frais, à condition que la *proposition* soit toujours à l'étude :

- des tests médicaux, ou
- un examen, ou
- une déclaration du médecin traitant.

Si la *personne à assurer* s'est prêtée à une évaluation médicale distincte, elle sera informée de l'acceptation ou du refus de sa *proposition* par écrit.

Entrée en vigueur de l'Assurance prêts aux entreprises

L'Assurance prêts aux entreprises prend effet à la **date d'entrée en vigueur de l'assurance**, à savoir la **dernière** des dates suivantes :

- la date à laquelle la *proposition* est signée,
- la date à laquelle les fonds du prêt initial ou de toute augmentation sont décaissés (dans le cas des facilités de crédit renouvelables, la date du premier retrait de fonds), ou
- la date à laquelle l'assurance est approuvée par écrit par l'*assureur*, le cas échéant.

Fin de l'Assurance prêts aux entreprises

L'assurance d'une *personne assurée* au titre de la présente police se termine à la **première** des dates suivantes :

- la date à laquelle l'*entreprise* n'est plus établie au Canada ou n'y exerce plus ses activités,
- la date à laquelle la *personne assurée* cesse d'être un *résident canadien*,
- la date à laquelle l'*entreprise* ou la *personne assurée* n'est plus admissible à l'assurance,
- la date à laquelle le Centre des services d'assurance reçoit de l'*entreprise* une demande écrite d'annulation de l'assurance,
- la date à laquelle le *prêt assuré* est fermé,

- la date à laquelle le *prêt assuré* est pris en charge par écrit par une autre personne ou *entreprise*,
- la date à laquelle une prime ou une partie de la prime d'assurance est en souffrance depuis plus de quatre-vingt-dix (90) jours,
- la date à laquelle la *police d'assurance collective* prend fin,
- le dernier jour du mois où la *personne assurée* atteint l'âge de soixante-dix (70) ans, ou
- la date du décès de la *personne assurée*.

L'assurance maladies graves d'une *personne assurée* se termine aussi à la **première** des dates suivantes :

- la date à laquelle l'assurance vie prend fin,
- le dernier jour du mois où la *personne assurée* atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, ou
- la date à laquelle la demande de règlement d'assurance maladies graves de la *personne assurée* est acceptée.

L'assurance *invalidité* d'une *personne assurée* se termine aussi à la **première** des dates suivantes :

- la date à laquelle l'assurance vie prend fin,
- le dernier jour du mois où la *personne assurée* atteint l'âge de soixante-dix (70) ans, ou
- la date à laquelle la *personne assurée* a reçu un total de quarante-huit (48) mois d'indemnités d'assurance *invalidité*.

Répartition du montant d'assurance parmi plusieurs segments

L'Assurance prêts aux entreprises est conçue pour couvrir de multiples segments de crédit admissibles au moyen d'un seul montant d'assurance. Lorsqu'une proposition d'assurance est acceptée pour protéger un compte de prêt à huit chiffres particulier, tous les segments actuels et futurs associés à ce compte de prêt à huit chiffres deviennent un *prêt assuré*. Toute couverture ajoutée à un segment de *prêt assuré*, ou qui en est supprimée, sera aussi ajoutée d'office à tous les segments du *prêt assuré*, ou en sera aussi supprimée d'office. Toute couverture qui existe actuellement pour un numéro de compte de prêt à huit chiffres sera appliquée à tous les emprunts futurs admissibles qui ont le même numéro de compte de prêt à huit chiffres, jusqu'à concurrence du montant approuvé d'assurance, sauf en cas d'instruction contraire par écrit au moyen d'une *proposition* d'Assurance prêts aux entreprises dûment remplie et signée.

Les primes ne seront calculées qu'en fonction du solde impayé de chaque segment de *prêt assuré* admissible et seront perçues sur chaque segment dans l'ordre suivant :

- tous les prêts à terme à taux fixe ou variable, les prêts hypothécaires AgriRoyal® et les prêts commerciaux de moins de 1 000 000 \$,
- les prêts à demande, puis
- les facilités de crédit renouvelables consenties sous forme de prêts basés sur le taux préférentiel de RBC Banque Royale.

Si l'*entreprise* compte plus d'un même type de prêt (c.-à-d. plus d'un prêt à terme à taux fixe ou variable, d'un prêt à demande, d'un prêt hypothécaire ou d'une facilité de crédit renouvelable), la couverture d'assurance vie, *mutilation accidentelle* et maladies graves approuvée sera affectée dans l'ordre indiqué ci-dessus, en commençant par le segment de prêt dont la date de décaissement est la **plus récente**. La couverture d'assurance *invalidité* approuvée sera affectée dans l'ordre indiqué ci-dessus, en commençant par le segment de prêt dont la date de décaissement est la **plus ancienne**.

Comme le solde impayé des segments assurés fluctue, toute couverture disponible est appliquée d'office au segment du *prêt assuré* admissible suivant.

COÛT DE L'ASSURANCE

Les primes des assurances vie et maladies graves sont calculées sur la base de ce qui suit :

- le sexe de la *personne assurée*,
- l'usage du tabac de la *personne assurée* au moment de la *proposition*,
- l'âge de la *personne assurée* à la date d'échéance de la prime, et
- le solde assuré quotidien impayé de tous les *prêts assurés*.

Pour calculer le coût mensuel de l'assurance vie ou maladies graves, multipliez le moindre du solde total impayé de tous les *prêts assurés* admissibles ou du montant d'assurance total auquel la *personne assurée* a droit par le taux de prime, puis divisez le résultat par 1 000.

EXEMPLE :

Dans le cas d'une femme de 35 ans, non fumeuse, les primes mensuelles d'un *prêt assuré* de 50 000 \$ s'élevaient à 5,50 \$ ($50\,000 \$ \times 0,11 \div 1\,000 = 5,50 \$$), plus les taxes applicables.

Si l'*entreprise* désirait assurer cette même femme de 35 ans contre les maladies graves, les primes mensuelles d'un *prêt assuré* de 50 000 \$ seraient de 8 \$ ($50\,000 \$ \times 0,16 \div 1\,000 = 8 \$$) (plus les taxes applicables).

Les primes de l'assurance *invalidité* sont calculées sur la base de ce qui suit :

- l'âge de la *personne assurée* à la date d'échéance de la prime, et
- le montant de l'indemnité.

Pour calculer le coût de la prime par versement, multipliez le montant de l'indemnité par le taux de prime de l'assurance *invalidité*, puis divisez le résultat par 100.

EXEMPLE :

Dans le cas d'une *personne assurée* de 35 ans, les primes pour une indemnité de 500 \$ aux quinzaines s'élevaient à 9,45 \$ aux quinzaines ($500 \$ \times 1,89 \div 100 = 9,45 \$$), plus les taxes applicables.

Taux de primes mensuels des assurances vie, maladies graves et invalidité au titre de l'Assurance prêts aux entreprises

ÂGE	VIE [‡]				INVALIDITÉ [§]
	MALADIES GRAVES [‡]				
	HOMME		FEMME		
	FUMEUR	NON FUMEUR	FUMEUSE	NON FUMEUSE	
De 18 à 29 ans	0,14 \$	0,10 \$	0,10 \$	0,09 \$	1,40 \$
	0,14 \$	0,12 \$	0,11 \$	0,09 \$	
De 30 à 32 ans	0,15 \$	0,11 \$	0,12 \$	0,10 \$	1,70 \$
	0,16 \$	0,15 \$	0,21 \$	0,15 \$	
De 33 à 35 ans	0,17 \$	0,12 \$	0,13 \$	0,11 \$	1,89 \$
	0,21 \$	0,15 \$	0,33 \$	0,16 \$	
De 36 à 38 ans	0,20 \$	0,14 \$	0,16 \$	0,12 \$	2,12 \$
	0,29 \$	0,15 \$	0,47 \$	0,21 \$	
De 39 à 40 ans	0,25 \$	0,16 \$	0,19 \$	0,13 \$	2,43 \$
	0,43 \$	0,19 \$	0,62 \$	0,28 \$	
De 41 à 42 ans	0,29 \$	0,19 \$	0,22 \$	0,15 \$	2,64 \$
	0,48 \$	0,25 \$	0,75 \$	0,37 \$	
De 43 à 44 ans	0,34 \$	0,22 \$	0,25 \$	0,17 \$	2,87 \$
	0,68 \$	0,32 \$	0,92 \$	0,42 \$	

ÂGE	VIE [‡]				INVALIDITÉ [Ⓓ]
	MALADIES GRAVES [‡]				
	HOMME		FEMME		
	FUMEUR	NON FUMEUR	FUMEUSE	NON FUMEUSE	
De 45 à 46 ans	0,39 \$	0,27 \$	0,28 \$	0,20 \$	3,12 \$
	0,91 \$	0,43 \$	1,18 \$	0,49 \$	
De 47 à 48 ans	0,45 \$	0,32 \$	0,32 \$	0,23 \$	3,40 \$
	1,24 \$	0,54 \$	1,39 \$	0,59 \$	
De 49 à 50 ans	0,56 \$	0,37 \$	0,36 \$	0,27 \$	3,72 \$
	1,62 \$	0,67 \$	1,52 \$	0,62 \$	
De 51 à 52 ans	0,66 \$	0,42 \$	0,42 \$	0,31 \$	3,89 \$
	1,99 \$	0,78 \$	1,68 \$	0,67 \$	
De 53 à 54 ans	0,76 \$	0,48 \$	0,48 \$	0,35 \$	4,25 \$
	2,44 \$	0,95 \$	1,76 \$	0,72 \$	
55 ans	0,85 \$	0,52 \$	0,54 \$	0,38 \$	4,66 \$
	2,92 \$	1,11 \$	1,92 \$	0,77 \$	
56 ans	0,93 \$	0,57 \$	0,61 \$	0,41 \$	4,88 \$
	3,25 \$	1,20 \$	2,01 \$	0,84 \$	
57 ans	1,00 \$	0,62 \$	0,66 \$	0,45 \$	5,11 \$
	3,55 \$	1,31 \$	2,15 \$	0,90 \$	
58 ans	1,07 \$	0,68 \$	0,72 \$	0,49 \$	5,35 \$
	3,97 \$	1,49 \$	2,20 \$	0,93 \$	
59 ans	1,14 \$	0,75 \$	0,78 \$	0,53 \$	5,60 \$
	4,52 \$	1,67 \$	2,31 \$	0,99 \$	
60 ans	1,22 \$	0,83 \$	0,84 \$	0,58 \$	5,85 \$
	4,97 \$ ^{‡‡}	1,83 \$ ^{‡‡}	2,37 \$ ^{‡‡}	1,04 \$ ^{‡‡}	
61 ans	1,34 \$	0,93 \$	0,90 \$	0,62 \$	6,10 \$
	5,33 \$ ^{‡‡}	1,98 \$ ^{‡‡}	2,40 \$ ^{‡‡}	1,09 \$ ^{‡‡}	
62 ans	1,48 \$	1,03 \$	0,96 \$	0,67 \$	6,36 \$
	5,90 \$ ^{‡‡}	2,21 \$ ^{‡‡}	2,53 \$ ^{‡‡}	1,15 \$ ^{‡‡}	
63 ans	1,63 \$	1,13 \$	1,02 \$	0,74 \$	6,62 \$
	6,49 \$ ^{‡‡}	2,49 \$ ^{‡‡}	2,67 \$ ^{‡‡}	1,24 \$ ^{‡‡}	
64 ans	1,81 \$	1,24 \$	1,08 \$	0,82 \$	6,92 \$
	7,10 \$ ^{‡‡}	2,78 \$ ^{‡‡}	2,80 \$ ^{‡‡}	1,33 \$ ^{‡‡}	

ÂGE	VIE [‡]				INVALIDITÉ [◇]
	MALADIES GRAVES [‡]				
	HOMME		FEMME		
	FUMEUR	NON FUMEUR	FUMEUSE	NON FUMEUSE	
65 ans [✳]	2,00 \$	1,34 \$	1,14 \$	0,91 \$	7,27 \$
66 ans [✳]	2,19 \$	1,47 \$	1,20 \$	1,01 \$	7,66 \$
67 ans [✳]	2,38 \$	1,62 \$	1,30 \$	1,10 \$	8,08 \$
68 ans [✳]	2,60 \$	1,78 \$	1,44 \$	1,18 \$	8,52 \$
69 ans [✳]	2,84 \$	1,94 \$	1,60 \$	1,28 \$	8,98 \$

‡ Les taux de prime mensuels indiqués ci-dessus sont les taux par tranche de 1 000 \$ d'assurance vie et maladies graves (plus les taxes applicables).

◇ Les taux de prime mensuels indiqués ci-dessus sont les taux par tranche de 100 \$ d'indemnité d'assurance *invalidité* (plus les taxes applicables).

✳ S'applique uniquement aux clients déjà couverts par une Assurance prêts aux entreprises.

Les primes d'assurance à l'égard du ou des *prêts assurés* sont exigibles et payables selon la même périodicité et le même calendrier de paiements que le versement périodique sur le prêt, s'il y a lieu. Les taux de prime peuvent changer sous réserve d'un préavis écrit de 60 jours à l'intention de l'*entreprise*.

ASSURANCE VIE

Indemnité d'assurance vie

Si la *personne assurée* décède, une fois la demande de règlement approuvée, l'*assureur* versera à RBC Banque Royale une indemnité d'assurance vie qui sera affectée au remboursement du solde impayé du ou des *prêts assurés*. L'indemnité d'assurance vie peut être inférieure au montant de la dette à rembourser.

Pour tous les prêts autres que les facilités de crédit renouvelables, l'indemnité d'assurance vie correspondra :

au solde assuré impayé du ou des prêts assurés à la date du décès, majoré des intérêts courus calculés au taux d'intérêt du ou des prêts, jusqu'à concurrence d'un (1) an à compter de la date du décès jusqu'à la date du règlement par l'*assureur*.

Pour les facilités de crédit renouvelables, l'indemnité d'assurance vie correspondra au montant le moins élevé entre les suivants :

- le solde impayé assuré à la date du décès, ou
- le solde mensuel moyen assuré (en fonction du solde impayé du *prêt assuré* pour la période de douze (12) mois précédant immédiatement le mois au cours duquel le décès survient),

majoré des intérêts courus calculés au taux d'intérêt du ou des prêts, jusqu'à concurrence d'un (1) an à compter de la date du décès jusqu'à la date du règlement par l'*assureur*.

Indemnité d'assurance vie maximale

L'indemnité d'assurance vie maximale au titre de la *police d'assurance collective* est de 1 000 000 \$ par *personne assurée* pour tous les *prêts assurés*.

ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE

Indemnité d'assurance mutilation accidentelle

Si la *personne assurée* est victime d'une *mutilation accidentelle* dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant un *accident*, une fois la demande de règlement approuvée, l'*assureur* versera à RBC Banque Royale une indemnité d'assurance *mutilation accidentelle* qui sera affectée au remboursement du solde impayé du ou des *prêts assurés*.

En cas de mutilation simple, l'indemnité correspondra :

à 50 % du solde impayé du ou des *prêts assurés* à la date de la perte irrémédiable, plus les intérêts courus calculés au taux du ou des *prêts*, jusqu'à concurrence d'un (1) an à compter de la date de la perte jusqu'à la date du règlement par l'*assureur*.

En cas de mutilation multiple, l'indemnité correspondra :

au solde impayé du ou des *prêts assurés* à la date de la perte irrémédiable, plus les intérêts courus calculés au taux du ou des *prêts*, jusqu'à concurrence d'un (1) an à compter de la date de la perte jusqu'à la date du règlement par l'*assureur*.

Si la *personne assurée* meurt des suites d'une *mutilation simple* ou *multiple*, aucune indemnité de *mutilation accidentelle* n'est versée ; seule l'indemnité d'assurance vie est alors payable.

Indemnité d'assurance mutilation accidentelle maximale

- L'indemnité maximale de *mutilation simple* payable au titre de la *police d'assurance collective* pour un seul accident s'élève à 25 000 \$ par *personne assurée*.
- L'indemnité maximale de *mutilation multiple* payable au titre de la *police d'assurance collective* pour un seul accident s'élève à 50 000 \$ par *personne assurée*.

ASSURANCE MALADIES GRAVES

Indemnité d'assurance maladies graves

Si la *personne assurée* reçoit un *diagnostic* d'une *maladie grave couverte* ou subit une *intervention chirurgicale* pour une telle maladie, une fois la demande de règlement approuvée, l'*assureur* versera à RBC Banque Royale une (1) indemnité d'assurance maladies graves qui sera affectée au remboursement du solde impayé du ou des *prêts assurés* exigible à la date du *diagnostic* ou de l'*intervention chirurgicale*. L'indemnité d'assurance maladies graves peut être inférieure au montant de la dette à rembourser.

Pour tous les prêts autres que les facilités de crédit renouvelables, l'indemnité d'assurance maladies graves correspondra :

au solde assuré impayé du ou des *prêts assurés* à la date du *diagnostic* ou de l'*intervention chirurgicale*, majoré des intérêts calculés au taux d'intérêt du ou des *prêts* et, s'il y a lieu, des frais de quittance ou des pénalités pour remboursement anticipé, jusqu'à concurrence d'un (1) an à compter de la date du *diagnostic* ou de l'*intervention chirurgicale* jusqu'à la date de règlement par l'*assureur*.

Pour les facilités de crédit renouvelables, l'indemnité d'assurance maladies graves correspondra au montant le moins élevé entre les suivants :

- le solde impayé assuré à la date du *diagnostic* ou de l'*intervention chirurgicale*, ou
- le solde mensuel moyen assuré (en fonction du solde assuré impayé du prêt pour la période de douze (12) mois précédant immédiatement le mois au cours duquel le *diagnostic* ou l'*intervention chirurgicale* se produit),

majoré des intérêts courus calculés au taux d'intérêt du ou des *prêts*, jusqu'à concurrence d'un (1) an à compter de la date du *diagnostic* ou de l'*intervention chirurgicale* jusqu'à la date du règlement par l'*assureur*.

Indemnité d'assurance maladies graves maximale

L'indemnité d'assurance maladies graves maximale au titre de la *police d'assurance collective* est de 500 000 \$ par *personne assurée* pour tous les *prêts assurés*.

Ce qu'on entend par maladie grave couverte

Les problèmes de santé ci-dessous sont considérés comme des *maladies graves couvertes* aux termes de la présente police :

1. **Cancer** – *diagnostic* formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le *diagnostic* de *cancer* doit être posé par un *spécialiste*.

2. Crise cardiaque – *diagnostic* formel de nécrose d'une partie 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'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- symptômes de *crise cardiaque* ;
- nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde ;
- apparition d'ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le *diagnostic* de *crise cardiaque* doit être posé par un *spécialiste*.

3. Accident vasculaire cérébral – *diagnostic* formel d'un accident vasculaire aigu se produisant dans le cerveau et causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extra-crânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du *diagnostic*.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le *diagnostic* d'*accident vasculaire cérébral* doit être posé par un *spécialiste*.

Indemnité d'assurance maladies graves inférieure à la dette à rembourser

Si l'*assureur* verse une indemnité d'assurance maladies graves et que cette indemnité ne suffit pas à rembourser intégralement l'encours de la dette sur le *prêt assuré* au moment du *diagnostic* ou de l'*intervention chirurgicale*, le solde restant du *prêt assuré* peut être admissible à l'assurance vie pourvu que toutes les conditions d'admissibilité au titre de la *police d'assurance collective* soient remplies. La prime de l'assurance vie sera recalculée en fonction de l'âge courant de la *personne assurée* et du nouveau solde impayé assuré, multiplié par le taux de prime mensuel, comme il est indiqué au tableau de la section « Coût de l'assurance ».

Si deux (2) personnes ou plus sont assurées au titre d'un même *prêt assuré* et que l'*assureur* verse une indemnité d'assurance vie ou maladies graves qui n'est pas suffisante pour rembourser intégralement la dette à la date du décès, du *diagnostic* ou de l'*intervention chirurgicale*, l'autre ou les autres *personnes assurées* peuvent maintenir en vigueur leur assurance vie ou maladies graves (s'il y a lieu), pourvu que toutes les conditions d'admissibilité au titre de la *police d'assurance collective* soient remplies. La prime de l'assurance vie ou maladies graves sera recalculée en fonction de l'âge courant de la *personne assurée* et du nouveau solde impayé, multiplié par le taux de prime mensuel, comme il est indiqué au tableau de la section « Coût de l'assurance ».

ASSURANCE INVALIDITÉ

Indemnité d'assurance invalidité

Si la *personne assurée* devient *invalidé*, une fois la demande de règlement approuvée, l'*assureur* versera à RBC Banque Royale une indemnité d'assurance *invalidité* mensuelle qui sera affectée au *prêt assuré* (ou aux *prêts assurés*) comme un versement sur prêt.

Pour tous les prêts autres que les facilités de crédit renouvelables prévoyant des versements mixtes (capital et intérêts), l'indemnité d'assurance *invalidité* (à la date de début de l'*invalidité*) correspondra :

- au montant des versements périodiques, plus
- la prime d'assurance (plus les taxes applicables).

Pour tous les prêts autres que les facilités de crédit renouvelables prévoyant des versements fixes sur le capital, plus les intérêts, l'indemnité d'assurance *invalidité* (à la date de début de l'*invalidité*) correspondra :

- au montant des versements périodiques sur capital, plus 1 % du solde assuré moyen de la période de douze (12) mois précédant le mois du début de l'*invalidité*, plus
- la prime d'assurance (plus les taxes applicables).

Pour les facilités de crédit renouvelables, l'indemnité d'assurance *invalidité* correspondra :

- à 1 % du solde assuré moyen des douze (12) mois précédant le mois du début de l'*invalidité*, plus
- la prime d'assurance (plus les taxes applicables) à la date de début de l'*invalidité*.

Si l'*entreprise* réduit le montant de ses versements sur prêt périodiques lorsqu'une demande de règlement pour *invalidité* est en cours, l'indemnité sera rajustée en conséquence. Si l'*entreprise* augmente le montant de ses versements sur prêt périodiques lorsqu'une demande de règlement pour *invalidité* est en cours, l'*assureur* n'augmentera pas le montant de l'indemnité, à moins que l'augmentation du versement ne soit consécutive à une hausse des taux d'intérêt facturés à l'*entreprise*.

Indemnité d'assurance invalidité maximale

L'indemnité d'assurance *invalidité* maximale au titre de la *police d'assurance collective* par *personne assurée* est de 7 000 \$ par mois. La période maximale d'indemnisation pour une *invalidité* est de vingt-quatre (24) mois par demande de règlement, et pour chaque *personne assurée*, la couverture d'assurance *invalidité* au titre de la *police d'assurance collective* est limitée à quarante-huit (48) mois d'indemnités d'assurance *invalidité*.

Si plusieurs *personnes assurées* sont *invalides* en même temps, les indemnités d'assurance *invalidité* seront versées à la première personne dont la demande de règlement est approuvée. Si la deuxième *personne assurée* est encore *invalides* quand le versement des indemnités d'assurance *invalidité* de la première *personne assurée* prend fin, l'indemnisation commencera pour la deuxième *personne assurée*. Le *délai de carence* de la deuxième personne assurée peut s'écouler durant la période d'indemnisation de la première *personne assurée*, s'il y a lieu.

Délai de carence

Un *délai de carence* de soixante (60) jours s'applique à l'assurance *invalidité*. Cela signifie que les indemnités ne seront versées que si l'*invalidité* dure plus de soixante (60) jours complets consécutifs à compter de la date du début de l'*invalidité* de la *personne assurée*.

Début du versement des indemnités d'assurance invalidité

Une fois que le *délai de carence* a été satisfait et que l'*assureur* a approuvé la demande de règlement, le versement des indemnités d'assurance *invalidité* commencera à la première échéance des versements sur prêt périodiques. Pendant le *délai de carence*, l'*entreprise* continuera d'être responsable des versements sur prêt périodiques et des primes d'assurance (plus les taxes applicables).

Fin du versement des indemnités d'assurance invalidité

Le versement des indemnités d'assurance *invalidité* prend fin à la **première** des dates suivantes :

- la date à laquelle la *personne assurée* n'est plus *invalides* ou lorsqu'elle retourne au travail,
- la date à laquelle la *personne assurée* commence à se livrer à toute activité ou profession rémunérée,
- la date à laquelle un total de vingt-quatre (24) mois d'indemnités d'assurance *invalidité* ont été versées pour la *personne assurée*, par demande de règlement *invalidité*,
- la date à laquelle un total de quarante-huit (48) mois d'indemnités d'assurance *invalidité* ont été versées au titre de la *police* au nom de la *personne assurée*,
- le dernier jour du mois où la *personne assurée* atteint l'âge de soixante-dix (70) ans,
- la date à laquelle la *personne assurée* décède,
- la date à laquelle la *personne assurée* n'est plus suivie activement et régulièrement par un *médecin* ou ne suit pas le *traitement* prescrit par son *médecin*,
- la date à laquelle la *personne assurée* refuse de se faire examiner par un *médecin* ou un professionnel de la santé désigné, à la demande de l'*assureur*,
- la date à laquelle la *personne assurée* omet de présenter à l'*assureur* une pièce justificative attestant qu'elle est toujours *invalides*,
- la date à laquelle l'assurance vie prend fin (voir « Fin de l'Assurance prêts aux entreprises »), ou
- la date à laquelle le *prêt assuré* est remboursé intégralement.

Si la *personne assurée* se rétablit, et

- qu'elle redevient *invalides* dans un délai de vingt et un (21) jours complets et consécutifs, et
- que son *invalidité* dure au moins cinq (5) jours ouvrables complets et consécutifs, et
- que l'*invalidité* est attribuable à la même cause ou aux mêmes causes,

l'*assureur* considère qu'il s'agit d'une seule et même période d'*invalidité*. Dans ce cas, l'*assureur* prend de nouveau en charge les versements immédiatement après la période de rétablissement temporaire, sans *délai de carence* à satisfaire.

MISE EN GARDE –

EXCLUSIONS, RESTRICTIONS OU RÉDUCTIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE

Toute inexactitude ou fausse déclaration (notamment en ce qui a trait à l'usage du tabac) relativement à la *proposition d'une personne assurée* (ou à toute demande ultérieure d'augmentation de la couverture) ou à toute demande de règlement peut entraîner l'annulation de l'assurance.

EXCLUSIONS DE L'ASSURANCE VIE :

Aucune indemnité n'est versée si la *personne assurée* décède et :

- n'était pas admissible à l'assurance vie,
- le décès est attribuable à un suicide dans les deux (2) ans suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*. Le cas échéant, la responsabilité de l'*assureur* sera limitée au remboursement des primes. Dans le cas du *montant de l'augmentation d'un prêt assuré*, la responsabilité sera limitée au remboursement des primes qui s'appliquent à l'augmentation en question.
- le décès de la *personne assurée* est directement ou indirectement attribuable ou lié à ce qui suit :
 - sa participation ou tentative de participation à un acte criminel,
 - l'altération de ses facultés en raison de la consommation de drogues illégales ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08), ou
 - la conduite d'un véhicule ou d'un bateau motorisé lorsque ses facultés sont altérées en raison de la consommation de drogues illégales ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08).

Aucune indemnité n'est versée en cas de décès attribuable à une *affection préexistante* qui se manifeste dans les douze (12) mois suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* sur le *montant de l'augmentation d'un prêt assuré*, si la *personne assurée* n'a pas répondu à la question d'assurabilité de base applicable lorsque l'*entreprise* a demandé l'assurance sur le *montant de l'augmentation* en question.

LIMITATIONS DE L'ASSURANCE VIE :

Si deux personnes ou plus assurées en vertu du même *prêt assuré* décèdent par suite du même accident, l'indemnité d'assurance vie ne dépassera pas, pour l'ensemble des sinistres, 1 000 000 \$. En aucun cas l'*assureur* ne paiera plus que le solde impayé du ou des *prêts assurés* de l'*entreprise* au moment du décès, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$.

EXCLUSIONS DE L'ASSURANCE MUTILATION ACCIDENTELLE :

Aucune indemnité n'est versée pour une *mutilation accidentelle* si la *personne assurée* subit une perte et :

- n'était pas admissible à l'assurance vie,
- la perte est le résultat de blessures qu'elle s'inflige volontairement,
- la *mutilation accidentelle* est directement ou indirectement attribuable ou liée à la *personne assurée* :
 - sa participation ou tentative de participation à un acte criminel,
 - l'altération de ses facultés en raison de la consommation de drogues illégales ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08), ou
 - la conduite d'un véhicule ou d'un bateau motorisé lorsque ses facultés sont altérées en raison de la consommation de drogues illégales ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08).
- sa blessure n'entre pas dans la définition d'une *mutilation accidentelle* subie dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'*accident*.

EXCLUSIONS DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES :

Aucune indemnité n'est versée si la *personne assurée* reçoit un *diagnostic* ou subit une *intervention chirurgicale* pour une *maladie grave couverte* et :

- n'était pas admissible à l'assurance maladies graves,
- la maladie grave est le résultat direct ou indirect de la consommation délibérée de drogues, sauf si elles ont été prescrites par un *médecin* ou un *spécialiste*,
- la *maladie grave couverte* de la *personne assurée* est directement ou indirectement attribuable ou liée à ce qui suit :
 - sa participation ou tentative de participation à un acte criminel,
 - l'altération de ses facultés en raison de la consommation de drogues illégales ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08), ou
 - la conduite d'un véhicule ou d'un bateau motorisé lorsque ses facultés sont altérées en raison de la consommation de drogues illégales ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08).

Aucune indemnité n'est versée pour une *maladie grave couverte* attribuable à une *affection préexistante* qui se manifeste dans les douze (12) mois suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* sur le *montant de l'augmentation* d'un *prêt assuré*, si la *personne assurée* n'a pas répondu aux questions d'assurabilité de base applicables lorsque l'*entreprise* a demandé l'assurance sur le *montant de l'augmentation* en question.

Cancer

Aucune indemnité ne sera payable en cas de récurrence ou de métastase d'un cancer initial qui a été *diagnostiqué* avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

Aucune indemnité relative à cette affection ne sera payable pour les types suivants de cancer ne mettant pas la vie en danger :

- carcinome in situ,
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V),
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases, ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période d'exclusion du cancer de 90 jours :

Aucune indemnité n'est versée pour le cancer et l'assurance en cas de cancer de la *personne assurée* prend fin si, dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, la *personne assurée* :

- présente des signes ou symptômes de cancer ou a subi des examens menant à un *diagnostic* de cancer (couvert ou exclu aux termes de cette assurance), sans égard à la date du *diagnostic*, ou
- a reçu un *diagnostic* de cancer (couvert ou exclu au titre de cette assurance).

L'assurance de la *personne assurée* couvrant le cancer prend fin, mais l'assurance relative à toutes les autres affections de *maladies graves couvertes* demeure en vigueur.

L'*assureur* doit recevoir la confirmation du *diagnostic* de cancer dans les six (6) mois de la date du *diagnostic*. Si cette information n'est pas fournie, l'*assureur* se réserve le droit de refuser toute demande de règlement pour cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Crise cardiaque

La *crise cardiaque* ne comprend pas :

- l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, entre autres, l'angiographie coronarienne et l'angioplastie coronarienne en l'absence de nouvelle onde Q, ou
- la découverte de changements à l'ECG indiquant un infarctus ancien du myocarde qui ne satisfait pas à la définition de *crise cardiaque* donnée à la section « Ce qu'on entend par *maladie grave couverte* ».

Accident vasculaire cérébral

Aucune indemnité n'est versée relativement à cette affection dans les cas suivants :

- accident ischémique cérébral transitoire,
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou
- infarctus lacunaire qui ne satisfait pas à la définition d'*accident vasculaire cérébral* donnée à la section « Ce qu'on entend par *maladie grave couverte* ».

EXCLUSIONS DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ :

Aucune indemnité n'est versée si la *personne assurée* reçoit un *diagnostic d'invalidité* et :

- n'était pas admissible à l'assurance *invalidité*,
- l'*invalidité* est le résultat de blessures qu'elle s'inflige volontairement,
- n'est pas suivie activement et régulièrement par un *médecin* ou ne suit pas le *traitement* prescrit par son *médecin*,
- l'*invalidité* de la *personne assurée* est directement ou indirectement attribuable ou liée à ce qui suit :
 - sa participation ou tentative de participation à un acte criminel,
 - l'altération de ses facultés en raison de la consommation de drogues illégales ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08), ou
 - la conduite d'un véhicule ou d'un bateau motorisé lorsque ses facultés sont altérées en raison de la consommation de drogues illégales ou d'un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08).

Aucune indemnité n'est versée en cas d'*invalidité* attribuable à une *affection préexistante* qui se manifeste dans les douze (12) mois suivant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance* sur le *montant de l'augmentation* d'un *prêt assuré*, si la *personne assurée* n'a pas répondu aux questions d'assurabilité de base applicable lorsque l'*entreprise* a demandé l'assurance sur le *montant de l'augmentation* en question.

LIMITATIONS DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ :

Les limites suivantes s'appliquent à l'assurance *invalidité* :

- Le *décal de carence* doit être satisfait avant que les indemnités d'assurance *invalidité* soient payables.
- Si plusieurs *personnes assurées* sont *invalides* en même temps, l'*assureur* paie une demande de règlement à la fois.
- Les plafonds suivants s'appliquent aux indemnités payables au titre de l'assurance *invalidité* :
 - l'indemnité d'assurance *invalidité* maximale est de 7 000 \$ par mois par *personne assurée*,
 - la période maximale d'indemnisation pour une *invalidité* est de vingt-quatre (24) mois par demande de règlement, et pour chaque *personne assurée*, la couverture au titre de la *police* est limitée au versement de quarante-huit (48) mois d'indemnités d'assurance *invalidité*.

RÉSOLUTION

Modalités de résolution de l'assurance

L'Assurance prêts aux entreprises est facultative et elle peut être résolue à tout moment. Pour ce faire, le ou les *signataires autorisés* de l'*entreprise* doivent communiquer avec le Centre des services d'assurance, au 1-800 ROYAL 2-3 (1 800 769-2523), qui préparera une demande de résolution. Lorsque vous appelez le Centre des services d'assurance, veuillez avoir en main le numéro de la carte-client d'entreprise, le numéro de la succursale bancaire et le numéro du ou des comptes de prêts. En cas de résolution de l'assurance, la dernière prime sera rajustée pour tenir compte des primes à payer jusqu'à la date à laquelle la demande de résolution signée parvient au Centre des services d'assurance.

Résolution de l'assurance dans les 30 premiers jours suivant son entrée en vigueur

La Loi sur la distribution de produits et services financiers prévoit que l'*entreprise* peut résoudre un contrat d'assurance sans pénalité dans les dix (10) jours de sa signature. Dans le cas du présent programme d'assurance, si l'*entreprise* résout son contrat dans les trente (30) jours qui suivent la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*, les primes prélevées lui seront remboursées intégralement, à condition qu'aucun règlement n'ait été effectué. Une fois la période d'examen de 30 jours écoulée, aucune prime ne sera remboursée sauf si des primes ont été perçues par erreur.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Présentation d'une demande de règlement

Lorsque le demandeur téléphone au Centre des services d'assurance, on lui demande de fournir par téléphone le numéro de la carte-client d'entreprise, le numéro de la succursale bancaire et le numéro du ou des comptes de prêts ainsi que des renseignements d'ordre général sur la demande de règlement.

Pour éviter des retards inutiles dans le versement des indemnités, il convient d'aviser sans tarder le Centre des services d'assurance d'un sinistre et de lui fournir l'*attestation de sinistre* le plus rapidement possible. L'*entreprise* a la responsabilité de faire les versements sur prêt périodiques de l'entreprise jusqu'à ce que la demande de règlement soit approuvée par l'*assureur*.

Veuillez prendre note des échéances suivantes à respecter pour soumettre une demande de règlement au Centre des services d'assurance :

- Assurance vie – dans les douze (12) mois suivant la date du décès.
- Assurance *mutilation accidentelle* – dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la perte.
- Assurance maladies graves – dans les cent quatre-vingts (180) jours suivant la date du *diagnostic* ou de l'*intervention chirurgicale*.
- Assurance *invalidité* – dans les cent cinquante (150) jours suivant la date du début de l'*invalidité*.

Réponse de l'assureur

L'*assureur* avisera le demandeur par écrit de la décision, c'est-à-dire de l'acceptation ou du refus de la demande de règlement de la *personne assurée*.

Si des renseignements complémentaires sont requis, le demandeur recevra une lettre de l'*assureur* demandant ces renseignements. L'*assureur* enverra sa réponse par écrit dans les trente (30) jours qui suivent la réception de tous les renseignements demandés.

En cas de refus de la demande de règlement, l'*assureur* fera part par écrit des raisons de sa décision.

Appel de la décision de l'assureur et recours

Si l'*assureur* rejette la demande de règlement initiale de la *personne assurée*, le demandeur ou l'*entreprise* peut faire appel de la décision. Le demandeur ou l'*entreprise* doit contester la décision par écrit et joindre à sa requête tout nouveau renseignement qu'il juge important et qui n'a pas été communiqué à l'*assureur* antérieurement. L'appel doit être présenté dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la lettre de refus de l'*assureur*.

Le demandeur ou l'*entreprise* peut consulter l'Autorité des marchés financiers ou un conseiller juridique indépendant au sujet de l'appel.

Actions en justice/dates limites

Toute action ou poursuite contre un assureur pour recouvrer les sommes assurées exigibles au titre du contrat se prescrit dans les délais stipulés par la loi dans la province du Québec.

PRODUITS SIMILAIRES

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie offre en exclusivité cette police d'assurance crédit collective vie, *mutilation accidentelle*, maladies graves et *invalidité* à RBC Banque Royale. Il peut exister d'autres produits sur le marché pour assurer vos prêts commerciaux.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Les conditions régissant l'assurance décrite dans la *police d'assurance collective* et demandée dans la *proposition* d'assurance sont précisées dans la Proposition d'Assurance prêts aux entreprises, dans les Conditions de l'Assurance prêts aux entreprises et dans le présent document.

Demandes de copies de documents

Une copie de la *proposition* (et de toute preuve d'assurabilité fournie à l'*assureur*), des Conditions ou de la *police d'assurance collective* sera remise sur demande, à l'*entreprise*, à la *personne assurée* ou au demandeur au nom de la *personne assurée*, conformément à la loi. Le premier exemplaire sera fourni sans frais, mais des frais pourraient être exigés pour les exemplaires suivants.

QUESTIONS AU SUJET DE LA COUVERTURE

Pour plus d'information au sujet de l'Assurance prêts aux entreprises, l'*entreprise* ou la *personne assurée* est invitée à communiquer avec le Centre des services d'assurance au :

ADRESSE

Banque Royale du Canada (« RBC Banque Royale »)
Centre des services d'assurance
C. P. 53, succursale A
Mississauga (Ontario)
L5A 2Y9

TÉLÉPHONE

1 800 769-2523

TÉLÉCOPIEUR

1 800 864-6102

COURRIEL

isc@rbc.com

RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour de plus amples renseignements sur les obligations des assureurs et des distributeurs envers les consommateurs, l'*entreprise* ou la *personne assurée* peut communiquer avec l'Autorité des marchés financiers, dont les coordonnées sont indiquées ci-dessous :

ADRESSE

L'Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boul. Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1

TÉLÉPHONE

Montréal 514 395-0337
Québec 418 525-0337
Numéro sans frais 1 877 525-0337

SITE WEB

www.lautorite.qc.ca

CONFIDENTIALITÉ

Message de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Financière Sun Life) – l'assureur :

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins de conformité et d'exigences réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.

Vous pouvez aussi communiquer avec l'assureur à :

Téléphone : 1 877 271-8713

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Assurance crédit
227, rue King Sud
C. P. 638, succursale Waterloo
Waterloo (Ontario)
Canada N2J 4B8

Message de la Banque Royale du Canada :

RBC Banque Royale administre cette assurance au nom de l'assureur par l'entremise de sa filiale Services d'assurance RBC Inc. (le Centre de services d'assurance). Les Services d'assurance RBC Inc. constituent également des dossiers portant sur l'Assurance prêts aux entreprises. L'information sur la gestion et le service de l'assurance, y compris la proposition d'assurance, est conservée par les Services d'assurance RBC Inc., qui peuvent avoir recours à des fournisseurs de services au Canada ou à l'étranger. Si le fournisseur de services est situé à l'extérieur du Canada, il est lié par les lois du territoire où il est établi, et les renseignements peuvent être communiqués conformément à ces lois. Seuls les employés, les représentants et les fournisseurs de services de RBC Banque Royale et des Services d'assurance RBC Inc. qui sont responsables de la gestion de votre Assurance prêts aux entreprises et des services s'y rapportant, ainsi que toute autre personne que vous autorisez à le faire, peuvent avoir accès à votre dossier. Votre dossier sera conservé dans les bureaux des Services d'assurance RBC Inc. et de leurs fournisseurs de services. Vous avez certains droits quant à la consultation des renseignements personnels contenus dans votre dossier. Si des renseignements sont inexacts, vous pouvez les faire rectifier en écrivant aux Services d'assurance RBC Inc., à l'adresse indiquée à la première page du présent document.

AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Avis donné par le distributeur

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

LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS DONNE À LA PERSONNE ASSURÉE DES DROITS IMPORTANTS.

- La Loi permet à l'*entreprise* de mettre fin au contrat d'assurance que la *personne assurée* et l'*entreprise* viennent de signer à l'occasion d'un autre contrat, **sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature. Toutefois, l'assureur permet à l'entreprise de mettre fin à la couverture d'assurance, sans pénalité, dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance.** Pour cela, l'*entreprise* doit donner à l'*assureur* un avis par courrier recommandé dans ce délai. L'*entreprise* peut, à cet effet, utiliser le modèle ci-joint.
- Malgré la résolution du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que la *personne assurée* perde des conditions avantageuses qui lui ont été consenties en raison de cette assurance ; informez-vous auprès de votre distributeur ou consultez votre contrat.
- Après l'expiration du délai de 30 jours, l'*entreprise* a la faculté de résoudre l'assurance en tout temps ; mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Au verso de cet avis doivent paraître les articles suivants de la Loi : art. 439, 440, 441, 442 et 443.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au : 418 525-0337 ou 1 877 525-0337.

AVIS DE RÉSOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

À : SUN LIFE DU CANADA, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Nom de l'assureur

227, rue King Sud, C. P. 638, Waterloo (Ontario) N2J 4C5

Adresse de l'assureur

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, je résous le certificat d'assurance établi au titre des polices d'assurance collective n^{os} 51000 et 57903.

Type d'assurance résolue (cocher une case seulement)

- Assurance vie seulement
 Assurances vie et maladies graves
 Assurances vie et *invalidité*
 Assurance maladies graves seulement
 Assurance *invalidité* seulement

Numéro de la carte-client de RBC Banque Royale : _____

Numéro de compte du prêt : _____

Date :

Date d'envoi de l'avis

conclu le :

Date de la signature du contrat

à :

Lieu de la signature du contrat

Nom du client (en caractères d'imprimerie)

Signature du client

Le distributeur doit remplir au préalable cette section. Cet envoi doit être transmis par courrier certifié ou recommandé.

Art. 439. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

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

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

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

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

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

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

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

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