

SOINS À DOMICILE ET ASSISTANCE

Vous pouvez également adhérer par téléphone au 514 286-8424 région de Montréal ou 1 800 240-8424 ailleurs au Canada

1. CHOISISSEZ VOTRE RÉGIME

Individuel
 Monoparental
 Familial

2. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom _____ Prénom _____
 Adresse _____ Ville _____
 Province _____ Code postal _____ Sexe Homme Femme Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Téléphone () _____

SI VOUS OPTEZ POUR UN RÉGIME AUTRE QUE INDIVIDUEL

Nom	Prénom	Date de naissance								
Conjoint (selon le cas) _____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
Enfants à charge _____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			

3. DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

J'autorise Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, à inclure mes nom, adresse et numéro de téléphone à sa liste nominative de clients pour prospection commerciale ou philanthropique, par lui ou toute autre personne à qui il accepte de communiquer sa liste, me réservant le droit de mettre fin à cette autorisation en tout temps au moyen d'une demande verbale ou écrite à l'assureur.

Je m'engage à vous aviser dans les meilleurs délais de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin que vous mettiez à jour vos dossiers.

J'autorise Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie à porter chaque mois à mon compte indiqué ci-dessous tous les montants exigibles relativement à la prime d'assurance de la présente demande.

SIGNATURE

X _____ **X** _____
 Signature du client Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Signature du conjoint (s'il désire s'assurer) Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

4. AUTORISATION DE PAIEMENT

CHÈQUE PRÉ-AUTORISÉ

COMPTE MASTERCARD DE LA BANQUE NATIONALE

No. de compte (joindre un spécimen de chèque marqué « nul »)

5258

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. de la carte

M	M	A	A
---	---	---	---

Date d'expiration

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS DE LA GARANTIE

Conditions existant avant l'entrée en vigueur du contrat

Lorsque l'assuré a reçu un avis médical ou un traitement pour une maladie ou une blessure au cours des 12 mois qui précèdent la date d'entrée en vigueur ou la date de remise en vigueur du contrat, les prestations relativement à cette même maladie ou à cette même blessure ne sont payables que 12 mois après le dernier traitement ou la dernière consultation médicale pour cette même condition. Par traitement, avis médical ou consultation médicale, on entend notamment les procédés de diagnostic et les médicaments prescrits.

Aucune prestation n'est versée pour les frais mentionnés ci-dessous, ni pour une blessure ou une maladie résultant des circonstances suivantes :

- Frais engagés à la suite d'une chirurgie ayant été recommandée à l'assuré avant l'entrée en vigueur du contrat ou frais engagés à la suite d'une hospitalisation prévue avant l'entrée en vigueur du contrat;
- Frais engagés à la suite d'une chirurgie esthétique;
- Frais qui sont remboursables en vertu de toute autre assurance ou services assurés au sens de la loi en vertu de toute loi fédérale ou provinciale ou de leurs règlements;
- Abus de médicaments ou d'alcool, ou consommation de stupéfiants;
- Tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
- Inhalation de gaz ou absorption de poison, volontaire ou involontaire;
- Participation active de l'assuré à un acte criminel, à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection, à une guerre ou à un fait de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou à tout autre acte belliqueux;
- Accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou de course, ou lors de la pratique d'activités subaquatiques, du vol plané ou à voile, de l'alpinisme ou du parachutisme en chute libre ou non;
- Frais engagés hors du Canada;
- Honoraires d'infirmiers auxiliaires lorsqu'il s'agit principalement de soins de soutien ou de soins donnés pour le confort du patient;
- Frais pour des soins, des traitements, des services ou des produits autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie par les professionnels de la santé concernés;
- Frais relatifs à des soins ou à des traitements expérimentaux et ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment;
- Frais relatifs à une cure de désintoxication;
- Frais que l'assuré n'est pas tenu de payer ou frais qui n'auraient pas été exigés s'il n'avait bénéficié d'aucune assurance.

Accès aux renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, l'Assureur constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que ceux relatifs à toute demande de règlement d'assurance. Seuls les employés ou mandataires qui seront responsables de la souscription, de l'administration, des enquêtes et des demandes de règlements, ou toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès au dossier. Votre dossier sera détenu dans les bureaux de l'Assureur. Vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier, en formulant une demande écrite à : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, Officier d'accès aux renseignements personnels, 1100, rue University, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

Souscrit par Canassurance, Compagnie d'assurance-vie.