



Oui ! Je (nous) désire (désirons) souscrire l'Assurance-vie à acceptation garantie.

INFORMATION DE SOUSCRIPTION PERSONNALISÉE

VOUS

Prénom _____

Nom de famille _____

Titre pour la correspondance : M. Mme

Adresse : _____ Rue _____ App. _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance _____ Homme Femme
(jour/mois/année)

NAS : | | | | | | | | | |
() ()

Téléphone (domicile) _____ Téléphone (travail) _____

Adresse courriel* _____

VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE)

Prénom _____

Nom de famille _____

Titre pour la correspondance : M. Mme

Date de naissance _____ Homme Femme
(jour/mois/année)

NAS : | | | | | | | | | |
() ()

Téléphone (domicile) _____ Téléphone (travail) _____

Adresse courriel* _____

VEUILLEZ REMPLIR LES PARTIES 1 à 4

1. CHOISISSEZ VOTRE PRIME MENSUELLE Cochez une option pour chaque assuré.

VOUS

75 \$ 60 \$ 45 \$ 30 \$ 20 \$

VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE)

75 \$ 60 \$ 45 \$ 30 \$ 20 \$

Nous vous ferons parvenir une confirmation de votre protection, qui est basée sur votre âge, votre sexe et la prime que vous choisissez. Au cours des deux premières années, la garantie de base payable est égale à 100 % des primes que vous avez payées. Après deux ans, la garantie de base intégrale est payable, tel qu'indiqué sur votre tableau des prestations. La garantie en cas d'accident est payable en cas de décès par accident survenant entre le jour même où votre police est émise et votre 85^e anniversaire de naissance.

2. VEUILLEZ SIGNER ET DATER VOTRE DÉCLARATION

En apposant ma signature ci-dessous, je profiterai des avantages de l'Assurance-vie à acceptation garantie, y compris la période d'examen de 30 jours. Ce régime est émis par Assurance-vie Banque Nationale. Il est entendu que ma protection entre en vigueur le jour où la compagnie reçoit le présent formulaire d'acceptation dûment rempli, mais que ma prime n'est exigible que 30 jours plus tard. Je pourrai résilier ma police durant ce délai, sans aucune autre obligation de ma part. Je déclare être âgé entre 50 ans et 75 ans et que tous les renseignements fournis par moi, dans le présent formulaire d'acceptation et dans le cadre de toute police d'assurance établie, sont véridiques et complets. **Je reconnais** avoir lu l'avis s'intitulant "Accès aux renseignements personnels" en page 2 du présent formulaire. **J'accepte** d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance et j'autorise Assurance-vie Banque Nationale et la Banque Nationale du Canada à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. **J'autorise** Assurance-vie Banque Nationale à inclure mes nom, adresse et numéro de téléphone à sa liste nominative de clients pour prospection commerciale ou philanthropique, par lui ou tout 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. Le libellé de police confirmant l'assurance que j'ai choisie me sera envoyé sous peu.

X _____
Votre signature
Date du jour | J | M | A |

X _____
Signature du conjoint (s'il adhère)
Une police par personne. Offerte aux résidents du Canada.

VEUILLEZ COMPLÉTER LES PAGES 1 ET 2

3. DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

VOUS

Je désire nommer comme bénéficiaire :

Nom _____ prénom _____

Lien avec l'assuré _____

Date de naissance _____
(jour / mois / année)

Révocable Irrévocable

Si le bénéficiaire de votre police est irrévocable, cela signifie que cette personne doit fournir son approbation par écrit dans le cas où vous souhaitez changer le nom du bénéficiaire de votre police ou annuler votre police d'assurance. Un avis écrit doit être expédié à l'assureur.

Cependant, l'approbation du bénéficiaire de votre police n'est pas requise si sa désignation est révocable.

VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE)

Je désire nommer comme bénéficiaire :

Nom _____ prénom _____

Lien avec l'assuré _____

Date de naissance _____
(jour / mois / année)

Révocable Irrévocable

Si le bénéficiaire de votre police est irrévocable, cela signifie que cette personne doit fournir son approbation par écrit dans le cas où vous souhaitez changer le nom du bénéficiaire de votre police ou annuler votre police d'assurance. Un avis écrit doit être expédié à l'assureur.

Cependant, l'approbation du bénéficiaire de votre police n'est pas requise si sa désignation est révocable.

4. CHOISISSEZ VOTRE MODALITÉ DE PAIEMENT

(Cochez une seule case. Le paiement de votre prime ne sera pas traité avant 30 jours.)

AUTORISATION DE PAIEMENT

Prélèvements mensuels automatiques

J'autorise Assurance-vie Banque Nationale à faire des prélèvements mensuels sur le compte indiqué sur le spécimen de chèque ci-joint (ou tout autre compte que je désignerai) pour le paiement des primes de cette assurance.

X
Signature du payeur

Nom du titulaire du compte (en majuscules)

Veillez vous assurer de joindre un spécimen de chèque portant la mention "NUL". Nous ne pouvons effectuer de prélèvement mensuel sans votre chèque.

Paiements par carte de crédit

J'autorise Assurance-vie Banque Nationale à imputer à mon compte de carte de crédit les primes afférentes à cette assurance.

Compte MasterCard de la Banque Nationale

5 | 2 | 5 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Numéro de compte

Date d'expiration | | | | | |
mois année

X
Signature du titulaire de la carte

Ne cochez cette case que si la présente police vise à remplacer une police d'assurance-vie actuellement en vigueur. Le cas échéant, nous vous conseillons de vous adresser à un agent d'assurance avant de prendre une décision.

ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Assurance-vie Banque Nationale 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, Officier d'accès aux renseignements personnels, 1100, rue University, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide,
veuillez nous appeler sans frais au

1 877 871-7500

Du lundi au jeudi, de 8 h à 17 h, HNE.
Vendredi, de 9 h 30 à 17 h, HNE.

Postez votre formulaire d'acceptation
dûment rempli à :

**Assurance-vie Banque Nationale
Service à la Clientèle
CP 482 Succ B
Montréal QC H3B 3K3**