



Oui ! Veuillez accepter ma souscription au Régime d'assurance Belle et Bien Femme correspondant à la prime mensuelle cochée ci-dessous.

VEUILLEZ REMPLIR TOUTES LES SECTIONS

1. Renseignements personnels

Prénom		Date de naissance	
Nom de famille		JJ	MM / AAAA
Adresse		Téléphone (jour)	
Ville	Province	Téléphone (soir)	
Code postal	Courriel (optionnel)		

2. Choisissez le niveau de protection qui vous convient (Cochez une seule case)

Votre âge actuel	Régime étendu couverture totale de 50 000 \$	Régime de base couverture totale de 25 000 \$
18-25	<input type="checkbox"/> 11,90 \$	<input type="checkbox"/> 7,43 \$
26-30	<input type="checkbox"/> 18,49 \$	<input type="checkbox"/> 10,72 \$
31-35	<input type="checkbox"/> 27,66 \$	<input type="checkbox"/> 15,10 \$
36-40	<input type="checkbox"/> 37,92 \$	<input type="checkbox"/> 19,91 \$
41-45	<input type="checkbox"/> 48,19 \$	<input type="checkbox"/> 24,74 \$
46-50	<input type="checkbox"/> 57,83 \$	<input type="checkbox"/> 29,45 \$
51-55	<input type="checkbox"/> 86,70 \$	<input type="checkbox"/> 43,90 \$

Ce régime comprend la Garantie de remboursement des primes. Si vous ne faites aucune réclamation, toutes les primes versées vous seront remboursées lorsque votre police prendra fin à la première de ces éventualités : après 20 ans d'assurance continue (si vous résiliez la police) ou à votre 70^e anniversaire de naissance (âge de fin de la couverture).

3. Déclarations et autorisations

Je déclare être une femme âgée entre 18 et 55 ans. **Je reconnais** que ma protection entrera en vigueur le jour où Assurance-vie Banque Nationale recevra mon Formulaire d'adhésion dûment rempli. Je n'aurai aucune prime à verser avant 30 jours.

Je déclare n'avoir jamais reçu de diagnostic de cancer féminin (soit un cancer du sein, de la trompe de Fallope, de l'ovaire, de l'utérus, du col de l'utérus, du vagin ou de la vulve) ou de tout autre type de cancer. **Je déclare** avoir pris connaissance, et compris toutes les dispositions et exclusions relatives à cette couverture d'assurance indiquées en page 2.

Je déclare ne jamais avoir fait de demande d'assurance pour un cancer féminin qui m'aurait été refusée par un assureur, pour toute autre raison que les antécédents familiaux. **Je reconnais** n'avoir droit à aucune prestation si je reçois un diagnostic de cancer féminin couvert dans les 6 mois suivant la date d'entrée en vigueur de ma police et, dans pareil cas, **je comprends** que je recevrai le remboursement intégral des primes versées.

Je déclare avoir lu l'avis « Accès aux renseignements personnels » à la section 5 du présent Formulaire d'adhésion.

Je comprends que mon contrat d'assurance, confirmant le niveau de protection choisi, me sera expédié sous peu.

J'autorise l'Assureur 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 l'Assureur à porter chaque mois à mon compte indiqué en page 2 tous les montants exigibles relativement à la prime d'assurance payable en vertu de la présente demande.

3. Déclarations et autorisations (suite) - Veuillez remplir et signer

Adhésion au débit préautorisé - accord de DPA du payeur

Personnel

Entreprise

Autorisation de retrait (fréquence et montant des débits) : Je, soussigné(e), autorise l'Assureur, ses successeurs, cessionnaires éventuels ou ayants droit, à effectuer, à partir de maintenant, des débits préautorisés (DPA) personnels dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessous, sur une base mensuelle à partir de la perception de la prime initiale. La date de perception de la prime initiale sera indiquée dans le document intitulé « Sommaire de votre police » qui me sera remis au moment de l'envoi de la police d'assurance, sous réserve de l'acceptation de ma proposition par l'Assureur.

Chaque retrait correspond à un montant fixe qui pourra être modifié, notamment suivant la non-acceptation du prélèvement de la prime initiale, pourvu que l'Assureur me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du prélèvement tel que modifié.

Renonciation : Je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement et je renonce à mon droit de recevoir le préavis en cas de changement du montant du prélèvement.

Changement ou annulation : Je m'engage à informer l'Assureur, au moins 5 jours avant le prochain prélèvement prévu, de toute modification des renseignements sur le compte bancaire et changement du jour de la perception. J'autorise aussi l'Assureur à effectuer les prélèvements sur un autre compte, suivant mes instructions verbales ou écrites. Dans le cas d'un compte conjoint, l'expression « je » utilisée dans la présente s'entend de tous les signataires.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que l'Assureur ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de trente (30) jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Remboursement : J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA personnel. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Consentement à la communication de renseignements : Je consens et comprends que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé seront communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

AUTORISATION DE PAIEMENT ET RENSEIGNEMENT SUR LE COMPTE

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

CHÈQUE PRÉ-AUTORISÉ

Nom de l'institution financière où est détenu le compte		Adresse de la succursale	
---	--	--------------------------	--

--	--	--	--	--

N° de transit

--	--	--

N° de l'institution

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

N° du compte

Important : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.

Bénéficiaire du débit préautorisé : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, 1100, rue University, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7, Téléphone : 1 877 871-7500, Télécopieur : 514 394-6604

COMPTE MASTERCARD BANQUE NATIONALE

N° de la carte

5	2	5	8
---	---	---	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Date d'expiration

MM	AA
----	----

X Signature

Date de la signature : JJ / MM / AAAA

Limite d'une police par personne. Le Régime d'assurance Belle et Bien Femme est offert aux résidentes canadiennes seulement.

4. Exclusions

Aucune prestation n'est versée :

- si, avant la date à laquelle nous recevons votre Formulaire d'adhésion, vous aviez déjà reçu un Diagnostic de Cancer féminin couvert ou de toute autre forme de Cancer;
- pour tout Cancer féminin couvert contracté ou diagnostiqué dans les six premiers mois suivant la date à laquelle nous recevons votre Formulaire d'adhésion;
- si, dans les six mois précédant ou suivant la date à laquelle nous recevons votre Formulaire d'adhésion, vous présentiez des signes ou des symptômes ou aviez consulté un médecin ou subi des tests qui ont subséquemment mené à un Diagnostic de Cancer féminin couvert, peu importe à quelle date le Diagnostic a été posé;
- si vous subissez un frottis cervical ou un test de PAP dont les résultats sont anormaux dans les deux années précédant la date à laquelle nous recevons votre Formulaire d'adhésion. Vous ne serez assurée pour le cancer du col de l'utérus que lorsque les résultats des tests subséquents seront normaux pendant une période de deux années consécutives;
- pour un cancer in situ, c'est-à-dire un début de Cancer qui ne s'est pas propagé aux tissus avoisinants;
- si vous avez omis de suivre des conseils médicaux pertinents que vous aviez reçus avant la date à laquelle nous recevons votre Formulaire d'adhésion ou durant les six mois suivant la date à laquelle nous recevons votre Formulaire d'adhésion;
- aucune Prestation en cas de chirurgie n'est versée :
 - si votre séjour à l'Hôpital pour une intervention chirurgicale a duré moins de 24 heures consécutives, sauf si l'intervention chirurgicale est liée à une tumorectomie du sein, à une mastectomie ou à une reconstruction du sein;
 - pour une chirurgie diagnostique, y compris une Biopsie ou une Aspiration.

Si nous refusons votre demande de Prestations en vertu des exclusions stipulées aux sous articles b), c), d) ou f) ci-dessus, toutes les primes versées vous seront remboursées.

5. 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 y inclus le réassureur, 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.

Des questions ? composez sans frais le 1 877 871-7500.

Postez les deux pages du formulaire dûment remplies à : Assurance-vie Banque Nationale, Service à la clientèle, CP 482 Succ. B, Montréal Québec H3B 3K3