

**RÉGIME D'ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE RENOUVELABLE  
ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE 10 ANS – renouvelable tous les 5 ans****MONTANT D'ASSURANCE CHOISI**

\_\_\_\_\_ \$ Le montant doit être de 100 000 \$ à 5 000 000 \$

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (POUR ÊTRE ADMISSIBLE, VOUS DEVEZ ÊTRE ÂGÉ ENTRE 20 ET 64 ANS ET ÊTRE RÉSIDENT DU CANADA)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Sexe  Homme  Femme Date de naissance 

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

Endroit de la naissance (pays/ville) \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ kg

**AVIS IMPORTANT**

Si cette police est établie afin d'en remplacer une autre que vous détenez présentement, nous vous conseillons de ne pas annuler votre police actuelle tant et aussi longtemps que nous ne vous aurons pas fait parvenir votre contrat. Veuillez également noter que les clauses relatives au suicide et à l'incontestabilité commenceront à s'appliquer pour une période de deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur de votre nouveau contrat.

**AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**Avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit? .....  oui  non**AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES**

1. Avez-vous souffert ou été diagnostiqué pour le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique ou avez-vous consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical, un suivi médical ou un traitement médical pour ces mêmes conditions? .....  oui  non

2. Avez-vous fait usage de drogue sans ordonnance médicale ou avez-vous subi un traitement ou joint un organisme en raison de votre consommation d'alcool et / ou un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation d'alcool? .....  oui  non

3. Avez-vous soumis une demande d'assurance-vie qui a fait l'objet d'une surprime, d'un refus ou d'une restriction? .....  oui  non

4. Pratiquez-vous un sport dangereux (tels que plongée sous-marine, aviation, parachutisme, etc.)? .....  oui  non

**NOUS COMMUNIQUERONS AVEC VOUS**

L'Assureur peut demander que soit effectué au besoin tout examen physique, électrocardiogramme, radiographies, test sanguin, d'urine ou autre test y compris le test de dépistage du VIH (sida) ou de certaines drogues ou médicaments.

Afin de pouvoir prendre une décision, l'Assureur ou une firme paramédicale communiquera avec vous.

**QUEL EST LE MOMENT LE PLUS PROPICE POUR VOUS REJOINDRE :** Jour ( ) \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_  Soir ( ) \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_**DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS**

**Je certifie** que tous les renseignements fournis dans la présente proposition sont véridiques et conviens qu'ils feront partie de la police.

**Je comprends** que la police sera établie sur la base des taux selon mon usage de tabac.

**Je comprends** que toute omission ou fausse déclaration dans la présente déclaration pourrait entraîner automatiquement l'annulation de mon assurance.

**Je conviens** que l'assurance ne prendra effet qu'à la date d'acceptation de ma demande par l'Assureur et à la condition que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans mon état de santé depuis la date de signature de la proposition.

**Je déclare** avoir lu l'avis « Bureau des renseignements médicaux » et « Accès aux renseignements personnels » en page 2 du présent Formulaire d'adhésion.

**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 aviser l'Assureur dans les meilleurs délais de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin que l'Assureur mette à jour ses dossiers.

**J'accepte** d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance et **J'autorise** l'Assureur et Banque Nationale du Canada à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives.

**J'autorise** par la présente tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi et mon état de santé à communiquer les renseignements avec l'Assureur et ses réassureurs.

**J'autorise** l'Assureur à utiliser tous les renseignements qu'il détient sur mon compte, incluant ceux provenant de tous dossiers fermés. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé. Une photocopie de cette autorisation aura la validité de l'original.

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

## DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS (SUITE)

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ – ACCORD DE DPA DU PAYEUR  PERSONNEL  ENTREPRISE

**Autorisation de retrait (fréquence et montant des débits):** Je, soussigné(e), autorise dès maintenant l'Assureur, ses successeurs, cessionnaires éventuels ou ayants droit, à effectuer des débits préautorisés (DPA) personnels, sur une base mensuelle à partir de la perception de la prime initiale, dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessous, la date de perception de la prime initiale devant être indiquée dans le document intitulé « Conditions particulières » 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.

**Renoncement:** 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 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](http://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](http://www.cdnpay.ca).

**Consentement à la communication des 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 RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE

CHÈQUE PRÉAUTORISÉ

COMPTE MASTERCARD BANQUE NATIONALE

Nom de l'institution financière où est détenu le compte

N° de l'institution

N° de transit

N° de compte

5 2 5 8

N° de la carte

M M A A

Date d'expiration

Adresse de la succursale

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<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H3B 2G7

Téléphone: 1 877 871-7500 Télécopieur: 514 394-6604

## SIGNATURE

X \_\_\_\_\_  
Signature du client

Date \_\_\_\_\_

## Avis concernant le Bureau des renseignements médicaux

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Toutefois, l'Assureur ou son réassureur peut en communiquer un résumé au Bureau de renseignements médicaux, organisme sans but lucratif, au service exclusif des compagnies d'assurance sur la vie, qui maintient un centre de données pour ses compagnies membres. Si vous adressez une proposition d'assurance-vie ou d'assurance maladie ou soumettez une demande d'indemnisation à l'une des compagnies membres, le Bureau lui fournira sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers. Le Bureau vous transmettra sur demande tous renseignements qu'il possède à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements consignés au Bureau, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant au Bureau de renseignements médicaux, 330, rue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Téléphone: 416 597-0590. L'Assureur peut aussi communiquer les renseignements qu'il possède à une autre compagnie d'assurance à laquelle vous auriez adressé une proposition d'assurance-vie ou maladie ou autre demande d'indemnisation.

## 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 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, Compagnie d'assurance-vie, Officier d'accès aux renseignements personnels, 1100, rue University, 5<sup>e</sup> étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

## Exclusions

Si, au cours des deux (2) années qui suivent la date d'entrée en vigueur ou la remise en vigueur du Contrat, le décès de l'Assuré est dû à un suicide ou est directement ou indirectement relié à des blessures que l'Assuré s'est volontairement infligées, qu'il soit sain d'esprit ou non, l'obligation de l'Assureur sera limitée au remboursement des primes payées pour ce Contrat depuis sa date d'entrée en vigueur ou de remise en vigueur selon le cas.

### Des questions ?

Composez sans frais le 1 877 871-7500

Un représentant du Service à la clientèle sera heureux de vous répondre.

Postez les deux pages du formulaire dûment remplies à:

Assurance-vie Banque Nationale  
1100, rue University, 5<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3B 2G7