

Assureur : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.

Oui! Je (nous) désire (désirons) adhérer à l'Assurance **ProActif**, Protection en cas de blessure.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

| | |
|---|---|
| VOUS | VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE) |
| Prénom _____ | Prénom _____ |
| Nom de famille _____ | Nom de famille _____ |
| Titre pour la correspondance: <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme | Titre pour la correspondance: <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme |
| Adresse: Rue _____ App. _____ | Date de naissance <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| Ville _____ Province _____ Code postal _____ | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme |
| Date de naissance <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | () () |
| () () | Téléphone (domicile) _____ Téléphone (travail) _____ |
| Téléphone (domicile) _____ Téléphone (travail) _____ | Adresse courriel (optionnel) _____ |
| Adresse courriel (optionnel) _____ | |

VEUILLEZ REMPLIR LES PARTIES 1 À 3

1 **VEUILLEZ CHOISIR LA PROTECTION QUI VOUS CONVIENT** Cochez une option pour chaque assuré.

| VOUS | | VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE) | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Niveau 1 | 8,95\$/mois | <input type="checkbox"/> Niveau 1 | 8,95\$/mois |
| <input type="checkbox"/> Niveau 2 | 16,95\$/mois | <input type="checkbox"/> Niveau 2 | 16,95\$/mois |
| <input type="checkbox"/> Niveau 3 | 23,95\$/mois | <input type="checkbox"/> Niveau 3 | 23,95\$/mois |

2 **VEUILLEZ SIGNER ET DATER VOTRE DÉCLARATION**

En apposant ma signature ci-dessous, je profiterai des avantages de l'Assurance *ProActif*, Protection en cas de blessure. Ce régime est émis par Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.

Il est entendu que ma protection entre en vigueur le jour où la compagnie reçoit le présent Formulaire d'adhésion dûment rempli et que la première prime sera prélevée de mon compte 10 jours après cette date. Je pourrai examiner la police pendant 30 jours et, si je ne suis pas entièrement satisfait, je pourrai résilier ma police durant ce délai et recevoir un remboursement des primes payées. **Je déclare** avoir pris connaissance et compris toutes les dispositions et exclusions relatives à cette couverture d'assurance incluant l'explication des troubles médicaux préexistants sur le site Internet.

Je déclare être âgé entre 50 et 75 ans et que tous les renseignements fournis par moi, dans le présent Formulaire d'adhésion et dans le cadre de toute police d'assurance établie, sont véridiques et complets.

Je reconnais avoir lu « Accès aux renseignements personnels » en page 2 du présent Formulaire d'adhésion. **Je comprends** que mon contrat d'assurance confirmant le niveau de protection choisi me sera expédié sous peu.

J'accepte d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance.

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.

Votre signature _____ Signature du conjoint (s'il adhère) _____

 / / / / / / /

Date d'aujourd'hui

Une police par personne. Offert aux résidents du Canada.

VEUILLEZ COMPLÉTER LES PAGES 1 ET 2

