

RÉGIME D'ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE RENOUVELABLE
ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE 10 ANS – renouvelable par la suite à tous les 5 ans

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

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 _____ lbs _____ 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

Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie 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, Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie ou une firme paramédicale communiquera avec vous.

QUEL EST LE MOMENT LE PLUS PROPICE POUR VOUS REJOINDRE :

Jour () _____ Poste _____ Soir () _____ Poste _____

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.

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 entraîne automatiquement l'annulation de mon assurance.

Je conviens que l'assurance ne prendra effet qu'à la date d'acceptation de ma demande par Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie 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.

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'accepte d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance et j'autorise Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie et la Banque Nationale du Canada à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseurs, mandataires, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi et mon état de santé à échanger des renseignements avec Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie et ses réassureurs.

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

SIGNATURE

X _____ Date _____
Signature du client

AUTORISATION DE PAIEMENT

CHÈQUE PRÉ-AUTORISÉ

COMPTE MASTERCARD DE LA BANQUE

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

5 2 5 8
No. de la carte

|
Date d'expiration

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.

N'ENVOYEZ PAS D'ARGENT



Pour toute information, communiquez avec nous
Montréal: 514 871-7500 • Extérieur: 1 877 871-7500