

## RÉGIME DE PRESTATION DE RÉTABLISSEMENT EN CAS D'ACCIDENT

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



Veillez m'inscrire, ainsi que les membres admissibles de ma famille (si je choisis le régime familial) au **RÉGIME DE PRESTATION DE RÉTABLISSEMENT EN CAS D'ACCIDENT.**

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Choisissez le régime qui convient le mieux à vos besoins et à votre budget.

01H **13,95\$<sup>1</sup> PAR MOIS, POUR MOI ET LES MEMBRES ADMISSIBLES DE MA FAMILLE**

01G **9,45\$<sup>1</sup> PAR MOIS, POUR MOI SEUL(E)**

NOTA: Les taux illustrés s'appliquent au renouvellement après la période-boni de 60 jours.

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Sexe  Homme  Femme Date de naissance     |   |

Ville \_\_\_\_\_

Nom du conjoint \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Sexe  Homme  Femme Date de naissance     |   |

Téléphone à domicile \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Taxe de vente provinciale en sus s'il y a lieu.

### DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

**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 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.

**J'autorise** l'assureur à porter chaque mois à mon compte indiqué ci-dessous tous les montants exigibles relativement à la prime d'assurance de la présente demande.

### SIGNATURE

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du client Date     |   |

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du conjoint Date     |   |

GC398F GGA139F WVS2

### AUTORISATION DE PAIEMENT

**CHÈQUE PRÉ-AUTORISÉ**

**VISA**

**MASTERCARD**

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

\_\_\_\_\_  
No. de la carte

\_\_\_\_\_  
Date d'expiration

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

Souscrit par Assurance-vie Banque Nationale, Montréal (Québec)



Pour toute information, communiquez avec nous

Montréal: 514 871-7500 • Extérieur: 1 877 871-7500

S.V.P. Compléter et nous faire parvenir par la poste à:

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