

Formulaire d'adhésion

OUI! Je (nous) désire (désirons) adhérer au régime **ProActif, Assurance en cas de blessure.**

1- Renseignements personnels

Vous	Vérifiez vos coordonnées et modifiez-les, s'il y a lieu.	Votre conjoint (s'il adhère)
«Titre» «Prenom» «Nom» _____		_____
«AppNo_Civique», «Rue» _____		_____
«Ville», («Province») _____		_____
«Code_Postal» _____		_____
Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
() ()		() ()
Téléphone (domicile) _____	Téléphone (travail) _____	Téléphone (domicile) _____
		Téléphone (travail) _____
Adresse courriel (optionnel) _____		Adresse courriel (optionnel) _____

2- Veuillez choisir le niveau de protection qui vous convient

	Vous		Votre conjoint (s'il adhère)
Cochez <input checked="" type="checkbox"/> une option par personne	<input type="checkbox"/> Niveau 1	9,95 \$ / mois	<input type="checkbox"/> Niveau 1
	<input type="checkbox"/> Niveau 2	17,95 \$ / mois	<input type="checkbox"/> Niveau 2
	<input type="checkbox"/> Niveau 3	24,95 \$ / mois	<input type="checkbox"/> Niveau 3

3- Déclarations et autorisations – Veuillez remplir et signer

En apposant ma signature en page 2, je consens à adhérer à **ProActif, Assurance en cas de blessure**. Cette protection est émise par Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie (ci-après l'« Assureur »).

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.

Je comprends que ma protection entre en vigueur le jour où l'Assureur reçoit le présent formulaire 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 annuler ma police durant ce délai et recevoir un remboursement des primes payées.

Je déclare être âgé entre 18 et 75 ans et être résident canadien. **Je déclare** que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques et complets.

Je déclare avoir pris connaissance et compris toutes les dispositions et exclusions relatives à cette couverture d'assurance incluant l'explication de la section « Affection ou maladie préexistante » indiquées en page 2.

Je reconnais avoir lu l'avis « Accès aux renseignements personnels » en page 2 du présent formulaire en page 2.

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 du présent formulaire.

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 du montant de la prime correspondant au niveau choisi ci-dessus dans mon compte à l'institution financière désignée en page 2, sur une base mensuelle à partir de la perception de la prime initiale sélectionnée ci-haut. La date de perception de la prime initiale sera indiquée dans le document intitulé « Conditions particulières » qui me sera remis au moment de l'envoi de la police d'assurance, suivant l'acceptation de ma Proposition d'assurance 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 ou le compte de crédit MasterCard de la Banque Nationale 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 du 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 je 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 un seul mode de paiement.)

Chèque préautorisé

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 «ANNULLÉ» pour éviter toute erreur de transcription.

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

Compte de crédit Mastercard Banque Nationale

5 2 5 8

N° de la carte

M M A A

Date d'expiration

X

Signature

J J M M A A A A

Date de la signature

X

Signature

J J M M A A A A

Date de la signature

Limite d'une police par personne. Offert aux résidents du Canada.

4- Exclusions, restrictions et limitations

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée si la Blessure ou l'Accident couvert subi par l'Assuré est directement ou indirectement attribuable à l'une ou l'autre des circonstances suivantes :

- **Blessure auto-infligée** – tentative de suicide ou blessure auto-infligée, que l'Assuré soit sain d'esprit ou non ;
- **Guerre ou insurrection** – guerre déclarée ou non, tout acte de guerre, d'émeute ou d'insurrection ou service dans les forces armées d'un pays ou d'une organisation internationale ;
- **Alcool** – pendant que l'Assuré présentait un taux d'alcoolémie supérieur à quatre-vingt (80) milligrammes d'alcool par cent (100) millilitres de sang ;
- **Drogue ou poison** – toute ingestion volontaire de poison, de substance toxique ou non ou de drogue, sédatif ou narcotique, sauf conformément à l'ordonnance d'un Médecin, ou toute inhalation volontaire de gaz ;
- **Infraction criminelle** – commission d'une infraction criminelle, tentative d'infraction criminelle ou commission ou provocation d'une agression ;
- **Activité à haut risque** – comprend, sans s'y restreindre, la participation à une course motorisée, la plongée sous-marine, le parachutisme en chute libre, le parachutisme, le deltaplane, l'escalade de rochers, l'alpinisme, le saut en bungee ou la participation à une compétition sportive ;
- **Insolation** – conséquence d'une exposition excessive aux rayons solaires ou à un appareil de bronzage ;
- **Aéronef** – au cours d'un voyage ou d'un vol ou en embarquant ou en débarquant d'un aéronef à bord duquel l'Assuré voyageait en tant que pilote, officier ou membre de l'équipage ou à bord duquel l'Assuré donnait ou recevait une formation ou exerçait une quelconque fonction ;
- **Activité terroriste** – activité impliquant l'usage ou le déclenchement d'armes, d'engins ou d'agents nucléaires, chimiques ou biologiques.

Concernant la prestation Fracture exclusivement :

Affection ou maladie préexistante – aucune prestation pour une Fracture résultant d'une Blessure n'est payable si un diagnostic d'ostéoporose ou tout autre problème ou maladie causant l'affaiblissement d'un ou de plusieurs os a été posé avant l'entrée en vigueur de la Police d'assurance.

Restrictions et limitations

Disposition particulière relativement à l'ostéoporose ou à la maladie osseuse

Si une demande de règlement liée à une Fracture est admissible en vertu de la Police d'assurance et un premier (1^{er}) diagnostic d'ostéoporose ou de maladie osseuse est posé après la date d'entrée en vigueur de l'assurance, le montant maximal payable du vivant de l'Assuré pour toutes les Fractures subies, y compris la Fracture subie au moment du premier (1^{er}) diagnostic, correspondra à : • 6 250 \$ pour le niveau 1 de protection, y compris le montant prévu en vertu de la Prestation de convalescence ; • 12 500 \$ pour le niveau 2 de protection, y compris le montant prévu en vertu de la Prestation de convalescence ; • 18 750 \$ pour le niveau 3 de protection, y compris le montant prévu en vertu de la Prestation de convalescence.

L'Assuré peut conserver en vigueur l'assurance en cas de décès accidentel, de Dislocations, de Paralysie et de Brûlures au deuxième (2^e) et au troisième (3^e) degré si désiré.

Plus d'une Blessure pour le même Accident couvert

Pour un même Accident couvert, la prestation maximale qui sera versée pour toute combinaison de Fractures, Dislocations et Brûlures sera de :

- 6 250 \$ pour le niveau 1 de protection, y compris le montant prévu en vertu de la Prestation de convalescence ;
 - 12 500 \$ pour le niveau 2 de protection, y compris le montant prévu en vertu de la Prestation de convalescence ;
 - 18 750 \$ pour le niveau 3 de protection, y compris le montant prévu en vertu de la Prestation de convalescence.
- Dans le cas où, pour le même Accident couvert, la prestation en cas de Paralysie s'appliquerait, celle-ci de même que la Prestation de convalescence associée seraient versées en sus.

Dans le cas d'un décès accidentel

Si une prestation en cas de décès accidentel est payable en vertu de la Police d'assurance et que des prestations ont déjà été versées en cas de Blessure pour l'Accident couvert, ces dernières prestations seront déduites du montant payable en vertu de la prestation en cas de décès accidentel.

Réduction des prestations à l'âge de quatre-vingt-un (81) ans

Lorsque l'Assuré atteint l'âge de quatre-vingt-un (81) ans, la prestation en cas de Blessure et la prestation maximale selon le niveau de protection auquel l'Assuré a adhéré sont réduites de cinquante pourcent (50 %). La Prestation de convalescence continue de correspondre à vingt-cinq pourcent (25 %) de la couverture réduite. La prime ne sera pas réduite à la suite de la réduction des prestations.

5- 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 les mandataires qui seront responsables de la souscription, de l'administration, des enquêtes et des demandes de règlements, incluant 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, boul. Robert-Bourassa, 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,

1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7

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

Banque Nationale Assurances est une marque de commerce utilisée par Banque Nationale du Canada et certaines de ses filiales.