

✓ Oui ! Veuillez m'inscrire, ainsi que les membres admissibles de ma famille (selon le plan choisi) au régime Assurance Hospitalisation Plus.

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

Cochez une seule case.

Plan individuel

Pour être admissible au plan individuel, vous devez être âgé de 18 à 69 ans et être résident canadien au moment de l'adhésion.

Plan conjoint

Pour être admissibles au plan conjoint, vous et votre conjoint(e) devez être âgés de 18 à 69 ans et être résidents canadiens au moment de l'adhésion.

Plan familial sans conjoint

Pour être admissibles au plan familial sans conjoint, vous devez être âgé de 18 à 69 ans et être résident canadien au moment de l'adhésion, et vos enfants à charge doivent être âgés de moins de 18 ans, ou être âgés de moins de 24 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

Plan familial

Pour être admissibles au plan familial, vous et votre conjoint(e) devez être âgés de 18 à 69 ans et être résidents canadiens au moment de l'adhésion, et vos enfants à charge doivent être âgés de moins de 18 ans, ou être âgés de moins de 24 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

Tableau des primes

Âge	Prime mensuelle			
	Plan individuel	Plan conjoint	Plan familial sans conjoint	Plan familial
18 - 44	14,95 \$	28,40 \$	18,75 \$	32,20 \$
45 - 54	26,50 \$	50,35 \$	30,30 \$	54,15 \$
55 - 64	34,00 \$	64,50 \$	40,20 \$	70,70 \$
65 - 69	39,00 \$	74,00 \$	45,20 \$	80,20 \$

NOM

PRÉNOM

ADRESSE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

N° DE TÉLÉPHONE (DOMICILE)

N° DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL OU CELLULAIRE)

SEXE : HOMME FEMME

DATE DE NAISSANCE : JJ / MM / AAAA

2. DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent Formulaire d'adhésion sont véridiques et conviens qu'ils feront partie de la police.

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

Je reconnais que ma protection entrera en vigueur le jour où l'Assureur recevra mon Formulaire d'adhésion dûment rempli.

Je reconnais avoir lu et compris toutes les Exclusions relatives à cette couverture d'assurance en page 2 du présent Formulaire d'adhésion.

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

Je comprends que mon Certificat d'assurance, confirmant le niveau de protection choisi, me sera expédié sous peu.

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 de la présente demande.

2. 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.

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 et de tout 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. 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 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

<input type="checkbox"/> CHÈQUE PRÉAUTORISÉ	<input type="checkbox"/> COMPTE MASTERCARD BANQUE NATIONALE
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	5258 <input type="text"/>
N° de l'institution <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N° de transit <input type="text"/>	N° de la carte
N° du compte <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Adresse de la succursale)	Date d'expiration
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, boul. Robert-Bourassa, 5 ^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7 Téléphone : 1 877 871-7500 Télécopieur : 514 394-6604	

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Signature _____	Date _____
-----------------	------------

3. EXCLUSIONS

Aucune prestation d'hospitalisation ou de convalescence ne sera versée si l'hospitalisation a été causée, directement ou indirectement, par un ou plusieurs des événements suivants :

- **Blessure auto-infligée** – tentative de suicide ou blessure auto-infligée, que la personne soit saine 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.
- **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.
- **Toxicomanie ou alcoolisme** – traitement pour une dépendance à une drogue, pour une consommation abusive de drogue ou pour alcoolisme.
- **Infraction criminelle** – commission d'une infraction criminelle, tentative d'infraction criminelle ou commission ou provocation d'une agression.
- **Activité à haut risque** – comprennent, 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 rocher, l'alpinisme, le saut en bungee ou un accident en vol, sauf en tant que passager sur un vol d'une compagnie aérienne commerciale titulaire d'un permis.
- **Chirurgie esthétique** – traitement ou chirurgie esthétique, sauf s'il est rendu nécessaire par une Blessure Couverte.
- **Affection ou maladie préexistante** – cette condition du Certificat d'assurance vise les problèmes de santé dont la Personne Couverte souffrait avant la Date d'entrée en vigueur de l'assurance. En fait, la Personne Couverte peut devoir attendre douze (12) mois avant d'être en mesure de se prévaloir de la protection d'assurance si l'hospitalisation résulte d'une Blessure Couverte ou une Maladie Couverte ou un symptôme pour lequel la Personne Couverte a été traitée au cours de la période de douze (12) mois ayant précédé immédiatement la Date d'entrée en vigueur de l'assurance.
- **Trouble mental ou nerveux** – névrose, psychonévrose, psychopathie, psychose, maladie mentale ou trouble mental ou psycho-affectif de toute nature.
- **Grossesse** – des suites, directes ou indirectes, d'une grossesse, qu'il y ait ou non une ou des complications médicales liées à cette grossesse.
- **Naissance d'un enfant** – si la Personne Couverte est un Enfant à charge qui décède au plus tard quatorze (14) jours suivant sa naissance.

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 par l'Assureur ou un de ses mandataires. 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, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

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

