

Formulaire d'adhésion



Régime AssurAcci

Soutien au rétablissement en cas d'accident



Veillez m'inscrire, ainsi que les membres admissibles de ma famille (selon le plan choisi) au régime AssurAcci, Soutien au rétablissement en cas d'accident.

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Choisissez le régime qui convient le mieux à vos besoins et à votre budget.
Cochez une seule case.

Prime mensuelle	
<input type="checkbox"/> Plan individuel (vous)	<input type="checkbox"/> Plan familial (vous, votre conjoint et vos enfants à charge)
9,50\$	13,50\$

Pour pouvoir adhérer au régime AssurAcci, Soutien au rétablissement en cas d'accident, la Personne Assurée doit être âgée de dix-huit (18) à soixante-quinze (75) ans et être Résidente du Canada.

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 | |

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 « Renseignements personnels » en page 2 du présent Formulaire d'adhésion.
- Je comprends** que ma Police d'assurance, confirmant le plan choisi, me sera expédiée 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 aviser l'Assureur dans les meilleurs délais de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin que mon dossier soit mis à jour.
- 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.

Veillez remplir les pages 1 et 2

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.

Renoncation: 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

(COCHEZ UNE SEULE CASE. LE PAIEMENT DE VOTRE PRIME NE SERA PAS TRAITÉ AVANT 30 JOURS.)

CHÈQUE PRÉAUTORISÉ

Nom de l'institution financière où est détenu le compte

N° de l'institution

N° de transit

N° du compte

Adresse de la succursale

Important: Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur.

COMPTE MASTERCARD BANQUE NATIONALE

5 2 5 8

N° de la carte

M M | A A

Date d'expiration

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

X

Signature

Date

A A A A | M M | J J

3. EXCLUSIONS

Aucune prestation ne sera versée si l'Accident Couvert a été causé, directement ou indirectement, par un ou plusieurs des événements suivants:

- **Blessure auto-infligée:** une tentative de suicide ou blessure auto-infligée, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- **Guerre ou insurrection:** une 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;
- **Consommation de drogues:** l'utilisation ou l'absorption d'un narcotique, d'un barbiturique ou de toute autre drogue par la Personne Couverte, à moins que cette utilisation ou absorption ne se fasse en stricte conformité avec l'ordonnance d'un Médecin;
- **État d'ébriété:** la consommation d'alcool, si le taux d'alcoolémie dans le sang dépasse 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
- **Aviation:** tandis que la Personne Couverte agit comme pilote ou membre d'équipage d'un aéronef ou tandis qu'elle est un passager, autre qu'un passager payant, à bord d'un aéronef;
- **Acte criminel:** pendant que la Personne Couverte commet ou tente de commettre un acte criminel ou une activité terroriste impliquant l'usage ou le déclenchement d'armes, d'engins ou d'agents explosifs, chimiques, biologiques ou nucléaires;
- **Maladie:** une maladie, une infirmité physique ou mentale ou un traitement médical ou chirurgical de ce qui précède;
- **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 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.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Assureur a mis en place une série de mesures afin de préserver la confidentialité des renseignements personnels.

L'Assureur constituera un dossier d'assurance dans lequel seront inclus tous les renseignements personnels obtenus dans le cadre de la souscription de la Police et de toute réclamation faite en vertu de cette Police. Seuls les employés ou agents responsables de la souscription, de l'administration, des enquêtes et des réclamations ou le réassureur, le cas échéant, auront accès à ce dossier. Tout dossier sera conservé au bureau de l'Assureur ou de l'un de ses agents. Chaque personne en droit de le faire (vous ou toute personne autorisée) pourra accéder à ses propres renseignements personnels contenus dans ce dossier et pourra, au besoin, demander qu'ils soient corrigés en écrivant 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.

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

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.

Page 2 de 2