

NovaSanté, Assurance maladies graves Formulaire d'adhésion

Oui ! Je (nous) désire (désirons) adhérer à NovaSanté, Assurance maladies graves

VEUILLEZ COMPLÉTER VOS COORDONNÉES

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Pour être admissible, vous devez être âgé entre 18 et 59 ans et être résident canadien)

VOUS	VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE)
Prénom, nom «Prenom» «Nom» _____	Prénom, nom _____
Adresse, Rue «AppNo_Civique» «Rue» _____	Adresse, Rue _____
Ville «Ville» _____	Ville _____
Province «Province» Code postal «Code_Postal» _____	Province _____ Code postal _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Téléphone domicile : _____	Téléphone domicile : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____

VEUILLEZ REMPLIR ET LIRE LES PARTIES 2 A 5

2. CHOISISSEZ VOTRE PROTECTION. COCHEZ UNE OPTION POUR CHAQUE ASSURÉ (Maximum 50 000 \$ par assuré).

VOUS		VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE)	
<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$

3. STATUT DE TABAGISME

VOUS		VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE)	
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac, de produits de remplacement de la nicotine ou de marijuana sous quelque forme que ce soit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac, de produits de remplacement de la nicotine ou de marijuana sous quelque forme que ce soit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4. DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

Je déclare ne jamais avoir reçu de diagnostic ou un résultat de test positif pour une *Maladie grave couverte* ou pour l'un ou l'autre des problèmes suivants : VIH (virus de l'immunodéficience humaine), cancer, hépatite, crise cardiaque, maladie coronarienne, diabète, ischémie cérébrale transitoire, paralysie permanente, maladie rénale chronique.

Je déclare qu'il n'y a pas plus d'un membre de ma famille immédiate (père, mère, frères et sœurs) qui a reçu un diagnostic pour une crise cardiaque, une maladie coronarienne, un accident vasculaire cérébral ou un cancer avant l'âge de 60 ans.

Je déclare ne jamais avoir fait de demande d'assurance pour une protection de *Maladie grave couverte* qui m'aurait été refusée par un assureur.

Je comprends que la police sera établie sur la base des taux selon mon usage de tabac.

J'accepte d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance.

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 et Restrictions 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 ma police 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 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 en page 2 tous les montants exigibles relativement à la prime d'assurance de la présente demande.

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 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.

VEUILLEZ COMPLÉTER LES PAGES 1 ET 2

5. AUTORISATION DE PAIEMENT ET RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE

<input type="checkbox"/> CHÈQUE PRÉAUTORISÉ Nom de l'institution financière où est détenu le compte N° de l'institution <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> N° de transit <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> N° du compte <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> (Adresse de la succursale) Important : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.	<input type="checkbox"/> COMPTE MASTERCARD BANQUE NATIONALE 5258 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> N° de la carte <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Date d'expiration Bénéficiaire du débit préautorisé Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie 1100, rue University, 5 ^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7 Téléphone : 1 877 871-7500 Télécopieur : 514 394-6604
--	---

SIGNATURE			
Signature du client :	Date : JJ / MM / AAAA	Signature du conjoint :	Date : JJ / MM / AAAA
		(s'il désire s'assurer)	

DÉFINITIONS
<p>Période moratoire : désigne la période au cours de laquelle l'une ou l'autre des Maladies graves, qu'elle soit couverte ou exclue, est diagnostiquée ou au cours de laquelle l'Assuré a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant à ce Diagnostic après cette période, que cette Maladie grave soit couverte ou exclue par la présente Police. La Période moratoire est d'une durée de trois cent soixante-cinq (365) jours et débute à la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la date de prise d'effet de la Police ; ou • la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur. <p>Aucune Prestation n'est payable si un Diagnostic est posé au cours de cette période ou si l'Assuré a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations au cours de cette période et qu'ils mènent à un Diagnostic, sans égard à la date de ce Diagnostic.</p> <p>Période de survie : désigne la période qui débute à la date du Diagnostic et qui se termine trente (30) jours suivant la date du Diagnostic. La Période de survie n'inclut pas le nombre de jours sur maintien artificiel des fonctions vitales. Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que l'Assuré est sous les soins d'un médecin autorisé à pratiquer et est gardé en vie grâce à un support nutritionnel, respiratoire et/ou cardiovasculaire, et ce, même si un arrêt irréversible des fonctions cérébrales s'est produit. L'Assuré doit être vivant à la fin de la Période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions du cerveau.</p> <p>Aucune prestation n'est payable si l'Assuré décède au cours de cette période.</p> <p>Maladies graves : désigne exclusivement une maladie grave telle que définie dans la police à savoir, l'Accident vasculaire cérébral, le Cancer et la Crise cardiaque (infarctus du myocarde) exception faite des cas où cette maladie grave est exclue par les dispositions de la police.</p>

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS DE LA GARANTIE
<p>EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX MALADIES GRAVES Aucune Prestation n'est payable pour l'une ou l'autre de ces Maladies graves répondant aux caractéristiques suivantes :</p> <p>Accident vasculaire cérébral – Aucune prestation n'est payable pour cette Maladie grave dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attaques ischémiques cérébrales transitoires; ou ▪ accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou ▪ infarctus lacunaire, lequel ne rencontre pas la définition d'Accident vasculaire cérébral décrite précédemment. <p>Cancer – Les cancers suivants sont exclus de la couverture de la présente Police :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ carcinome in situ; ou ▪ mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark 1V ou V); ou ▪ tout Cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; ou ▪ cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b). <p>Aucune prestation n'est payable pour ces types de cancers.</p> <p>Crise cardiaque (Infarctus du myocarde) – Aucune prestation ne sera payable pour cette Maladie grave dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou ▪ découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne rencontre pas la définition de Crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment. <p>Période moratoire - Aucune Prestation ne sera payée aux termes de la présente Police si l'une ou l'autre des Maladies graves, qu'elle soit couverte ou non par cette Police, est diagnostiquée au cours de la Période moratoire ou si l'Assuré a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations au cours de la Période moratoire et que ceux-ci ont menés à un Diagnostic, sans égard à la date de ce Diagnostic, que cette Maladie grave soit couverte ou non par la présente Police.</p> <p>Période de survie - Aucune Prestation ne sera payée aux termes de la présente Police si l'Assuré décède au cours de la Période de survie et ce, peu importe la cause.</p> <p>Conditions préexistantes - Aucune Prestation n'est payable aux termes de la présente Police si l'Assuré, au cours des vingt-quatre (24) mois suivant la prise d'effet de la Police ou la date de sa dernière remise en vigueur, est diagnostiqué pour l'une ou l'autre des Maladies graves ou a présenté des signes ou des symptômes menant, après cette période de vingt-quatre (24) mois, à un Diagnostic alors que des signes ou symptômes étaient, dans les vingt-quatre (24) mois précédant la prise d'effet de la Police ou de sa dernière remise en vigueur, déjà présents, directement ou indirectement, et/ou pour lesquels l'Assuré a déjà consulté ou reçu un traitement médical, des soins d'un médecin ou d'un autre professionnel faisant partie d'une association ou d'une corporation professionnelle de la santé, subi des examens, fait usage de médicaments et/ou été hospitalisé pour une cause reliée directement ou indirectement à l'une ou l'autre des Maladies graves.</p> <p>EXCLUSIONS GÉNÉRALES AUX MALADIES GRAVES Aucune Prestation n'est payable pour une Maladie grave résultant directement ou indirectement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ de blessures que l'Assuré s'est fait lui-même qu'il ait été conscient ou non de ses actes; ▪ de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de l'usage d'hallucinogènes ou de drogues, ou l'usage d'un médicament qui n'a pas été prescrit par un professionnel de la santé autorisé ou dont les directives d'utilisation n'ont pas été suivies; ▪ d'un acte criminel que l'Assuré a commis ou tenté de commettre, par sa participation ou à la suite d'une provocation de sa part; ▪ de la conduite d'un véhicule aérien, maritime ou terrestre, alors que son alcoolémie excède la limite permise par la loi ou qu'il est sous l'influence de stupéfiants.

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 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.
 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