

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

